



NOTIFICACIÓN DE INELEGIBILIDAD

Nombre del Solicitante/Participante: _____ ID Familiar _____

Nombre del Menor _____ Edad del Menor _____

Determinación: _____

Fecha en que se realiza la determinación: _____

- Edad
- Excede la mediana de ingreso
- No cumple con actividad permitida
- No asistió a la cita
- No interesa servicio
- No entrego documentos completos
- No selecciono el proveedor en tiempo establecido
- Incumplimiento con el pago de aportación de padres

Notificación Sobre Derecho Apelativo

Usted tiene derecho a solicitar una Vista de Apelación ante la Junta Adjudicativa del Departamento de la Familia de conformidad al Reglamento 8687 del Programa *Child Care*. Deberá radicar su apelación por escrito ante la Junta, enviándola por correo postal al P.O. Box 11398, San Juan P.R. 00910-1398 ó entregándola personalmente en las Oficinas Locales, Regionales o Administraciones a Nivel Central del Departamento de la Familia. También podrá radicar su solicitud ante la Junta, mediante correo electrónico o fax. Su apelación deberá contener su nombre, dirección postal, número de teléfono, número de fax de todas las partes, hechos constitutivos de su reclamo o situación que genera la apelación, referencia las disposiciones legales o reglamentarias aplicables, si las conoce, remedio que solicita, copia de la notificación o documento que haya dado lugar a la controversia y del sobre con el matasello del correo en el cual se le envió la misma, firma del apelante o de su representante autorizado en caso de que sea incapacitado o no sepa leer ni escribir. Su apelación deberá ser radicada dentro del término de quince (15) días contados a partir del envío de la notificación, cuando se envíe por correo regular o cuando se envíe por correo con acuse de recibo o se entregue personalmente.

Para más detalles sobre el proceso, puede consultar el Reglamento #7757 para establecer los procedimientos de adjudicación de controversias ante la Junta Adjudicativa del Departamento de la Familia.

Nombre del funcionario ACUDEN

Firma

día / mes / año

ACUSE DE RECIBO

Certificó haber recibido esta notificación de acción tomada en la fecha establecida a continuación:

Nombre del solicitante

Firma del Solicitante

día / mes / año

Nombre del Tutor Legal

Firma del Tutor Legal

día / mes / año