

January 21, 2026

Estimado/a _____ :

El _____, **County Office** recibió su solicitud para que se corrija el informe número _____.

Después de examinar el informe y su información adicional, esta oficina ha decidido: **(La casilla marcada le concierne a usted)**

- ☐ No hacer la(s) corrección(es) que solicitó. Sin embargo, se adjuntará una copia de su carta de solicitud al expediente del caso. Si no se siente satisfecho/a con esta decisión, puede solicitar una audiencia administrativa dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la Notificación de Evaluación de Abuso Infantil. La fecha de dicha notificación era _____. Para solicitar una audiencia administrativa de apelación, envíe una declaración por escrito y debidamente firmada indicando la razón por la cual usted no acepta:

Iowa Department of Health and Human Services
Appeals Bureau
321 E 12th Street 4TH FLOOR
Des Moines, Iowa 50319-0114

También se pueden presentar apelaciones en appeals@hhs.iowa.gov o por fax al (515) 564-4044

Si desea realizar preguntas sobre el proceso de apelación administrativa, por favor llámeme.

- ☐ Realizar la corrección o las correcciones solicitadas. Se adjuntará un addendum (adición) con las modificaciones al expediente y les enviaremos una copia a usted y a todos los demás sujetos (el padre, tutor o guardián; el/la menor; y el presunto abusador).
- ☐ Conservar su solicitud de corrección en el expediente. Su carta explicando la corrección o las correcciones solicitadas será adjuntada al informe y conservada en el expediente.

Atentamente,

Child Protective Supervisor
(Supervisor de Child Protective)
(Representante del Condado o del Área de Servicio)

cc: Expediente