

## ¿QUÉ ES LA RECONSIDERACIÓN?

---

Después de la audiencia, usted o el centro regional pueden solicitar una "reconsideración". La reconsideración es una forma de corregir un error administrativo o un error de hecho o de derecho en la decisión de una audiencia. Esto también puede incluir la reconsideración de una solicitud denegada de recusación de un funcionario de audiencias. Estos son los únicos factores que puede abordar una reconsideración.

## CÓMO SOLICITAR UNA RECONSIDERACIÓN:

---

**Debe solicitar la reconsideración en un plazo de 15 días de recibida la decisión final de la audiencia.**

Debe enviar una copia de esta solicitud a la otra parte de la apelación (al centro regional o al cliente) y a la oficina que emitió la decisión final.

Si usted recibió la decisión final de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH), devuelva este formulario a la OAH a través del [sistema de transferencia segura de archivos electrónicos](#) o por fax a:

- Sacramento: (916) 263-0550
- Los Ángeles: (213) 576-7200
- Oakland: (510) 622-2722
- San Diego: (619) 525-4475

Si recibió la decisión final del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), devuelva este formulario al DDS:

- por correo electrónico a [DecisionReconsideration@dds.ca.gov](mailto:DecisionReconsideration@dds.ca.gov)
- por correo postal a 1215 O Street MS 8-20, Sacramento, CA 95814
- por fax al 916-654-3641

## DÓNDE OBTENER AYUDA

---

De su coordinador de servicios u otro personal del centro regional, si se lo pide.

- De su defensor de los derechos de los clientes (CRA):
  - (800) 390-7032 para el norte de California;
  - (866) 833-6712 para el sur de California; o
  - [encuentre aquí al defensor de los derechos de los clientes de su centro regional](#).
- De las Oficinas de Defensoría del Pueblo: (877) 658-9731, [ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:ombudsperson@dds.ca.gov) o bien [en línea aquí](#).
  - Si está inscrito en el Programa de Autodeterminación, envíe un correo electrónico a [sdp.ombudsperson@dds.ca.gov](mailto:sdp.ombudsperson@dds.ca.gov) o bien consulte [en línea](#).
- Del Consejo Estatal de Discapacidades del Desarrollo (SCDD). Para encontrar su oficina local del SCDD, seleccione "Oficinas regionales" en la parte superior de esta página web: [www.scdd.ca.gov](http://www.scdd.ca.gov), y luego elija su área. También puede comunicarse al (833) 818-9886.
- De Disability Rights California (DRC) al:
  - 1-800-776-5746
  - 1-800-719-5798 para llamadas TTY
  - Atienden los días lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
  - Asimismo, puede completar el [formulario de admisión en línea de DRC](#).
- También puede obtener ayuda de un Centro de Recursos Familiares: <https://frcnca.org/get-connected/>.
- Su centro regional puede ayudarlo a encontrar un grupo local de apoyo para padres o una organización comunitaria que puedan brindarle asistencia.

## INFORMACIÓN SOBRE LA RECONSIDERACIÓN:

\*Campos obligatorios

Número de seguimiento del sistema del Departamento de Servicios de Desarrollo:

\*Número de caso de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH):

\*Nombre de la persona para la que se emitió la decisión final (cliente):

\*Centro Regional:

\*Fecha de la decisión final de la audiencia:

\*Indique los motivos específicos por los cuales se solicita una reconsideración  
(marque todos los que correspondan):

<input type="checkbox"/> Corrección de un error de hecho o de derecho	1. ¿En qué página y línea se produjo el error, y cuál es la corrección necesaria?
<input type="checkbox"/> Un error administrativo en la decisión	1. ¿En qué página y línea se produjo el error, y cuál es la corrección necesaria?

<input type="checkbox"/> La decisión del funcionario de audiencias de no recusarse	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Le pidió al funcionario de audiencias que se recusara durante la audiencia o previamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li><li>2. En caso afirmativo, ¿por qué considera que el funcionario de audiencias no pudo ser justo e imparcial?</li></ol>
--	---

\*Firma:

\*Nombre en letra imprenta:

\*Fecha de firma:

- Reclamante, padre/madre de un menor de edad, representante autorizado, conservador, tutor o abogado
- Centro Regional

**Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.**