

Cómo solicitar una audiencia imparcial

(Ingresar fecha)

Comisionado de Salud
NYS Department of Health
Corning Tower Building
Empire State Plaza
Albany, New York 12237

Estimado comisionado (nombre del comisionado):

Quisiera solicitar una audiencia imparcial para mi hijo, (nombre del niño), con respecto a los servicios de invención temprana. Tengo un problema con (plantear el problema).

El mejor momento para comunicarse conmigo para programar un horario, un lugar y una fecha razonablemente convenientes para la audiencia es (insertar días y horarios).

Atentamente.

(ingresar nombre)

(Calle y número)

(Ciudad/ Estado/Código postal)

(Condado)

(Código de área/Número de teléfono)