



## Oficina de Cuidado Infantil Petición para Reconsideración de Conclusión

**NOTA:** Esta petición deber ser sometida dentro de los 30 días de calendario de la fecha en que se recibió la carta de conclusión. Por favor usar una forma separada para cada reconsideración que guste sea repasada.

**Nombre del Establecimiento de Cuidado de Niños** (y el primer nombre y apellido del proveedor(a) si es RF o CF):

\_\_\_\_\_

**1) Dirección física del proveedor(a):**

\_\_\_\_\_

**2) Número de Licencia (RF/CF/CC):** \_\_\_\_\_

¿Para cual conclusión esta peticionando la reconsideración (incluir el número de regla)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál fue la conclusión original?  Valida  No Comprobable

Favor explique cual conclusión esta peticionando que se cambie y porque. Si necesita páginas adicionales adjunte a esta forma e incluya documentos de apoyo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Proveedor(a)/Director(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor comuníquese con el gerente regional si tiene alguna condición la cual le prevenga de completar esta forma.

Por favor complete la forma y adjunte información o documentos adicionales que quiera incluir con la petición. Por favor envíe su información por correo electrónico a [OCC.Findings.Review@state.or.us](mailto:OCC.Findings.Review@state.or.us) o por correo a: Office of Child Care: 700 Summer St NE, Salem OR 97301 Atención: Reconsideración de Conclusión, o por fax al 503-947-1428 Atención: Reconsideración de Conclusión. Puede comunicarse con su especialista, o llamar a la Oficina de Cuidado Infantil en Salem al 1-800-556-6616 para obtener información de contacto del gerente regional, o si tiene preguntas con referencia a esta petición.