**Notificación de Rescisión de Acuerdo Informal de Disposición**

NOTICE OF TERMINATION OF INFORMAL DISPOSITION AGREEMENT

Name

Address

City/State/Zip Code

Estimado Name:

El Date, su familia celebró un Acuerdo Informal de Disposición con el Division of Milwaukee Child Protective Services. Este acuerdo le exigía cumplir con obligaciones específicas, que usted aceptó cumplir. Sírvase ver el formulario *Acuerdo Informal de Disposición* adjunto con respecto a las obligaciones que usted aceptó.

El Date, Name Case Head, Family Member, or ADA Making Notification notificó al Bureau of Milwaukee Child Welfare su intención de rescindir el Acuerdo Informal de Disposición por los siguientes motivos:

En consecuencia, el Acuerdo Informal de Disposición se rescinde a partir de Date y el Division of Milwaukee Child Protective Services puede proceder con intervención judicial formal y puede requerir una orden de CHIPS (Niños en Necesidad de Protección o Servicios).

Si tiene alguna pregunta sobre este proceso o si tiene preguntas de las que quisiera hablar, llame a Name al Telephone Number inmediatamente.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA** – Gerente de caso Nombre del Gerente de Caso Fecha de la firma

en letra de molde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA** – Supervisor Nombre del Supervisor Fecha de la firma

en letra de molde

CC: SaintA/CHWCS Intensive In Home Services Case Manager

 SaintA/CHWCS Intensive In Home Services Program Manager

 Assistant District Attorney

 Scan signed copy / eWiSACWIS Court tab

DCF-F-2907-E-S (R. 10/2015) (T. 10/2015)