**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Safety and Permanence

**Revocación de la licencia de cuidado temporal**

Foster Care License Revocation

|  |
| --- |
| Date Sent |
|  |
|  |
|  |
| Foster Parent Name/s |
| Foster Parent Address Line 1 |
| Foster Parent Address Line 2 |
|  |
|  |
| Estimado/a Foster Parent Name/s: |
|  |
| Por la presente, esta carta servirá como notificación oficial de que la licencia emitida a usted por esta agencia, conforme al Ch. DCF 56 de Cód. de Admin., queda **revocada** a partir del Date o en la fecha de la remoción física del  en cuidado temporal actualmente ubicado en su hogar, lo que ocurra primero. |
|  |

El motivo de la revocación es Revocation Reason Narrative.

|  |
| --- |
|  |
| Si desea apelar esta decisión de revocación, debe presentar una solicitud por escrito para una audiencia imparcial, la cual debe ser recibida dentro de los quince (15) días siguientes a esta notificación, como se indica arriba, a la siguiente dirección: |
|  |
|  Division of Hearings and Appeals |
|  P.O. Box 7875 |
|  Madison, WI 53707-7875 |
|  |
| Su solicitud por escrito debe indicar que apela la decisión de revocación de la licencia de cuidado temporal. |
|  |
| Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al Agency Phone. |
|  |
| Atentamente, |
|   |
|  |
|  |
| Licensing Worker Name, Licensing Worker Title |
|  |
| cc: Name of Other Individuals Getting a Copy of Letter |