QUEJA DE PROCESO DEBIDO

PROPÓSITO: Este formulario es un modelo que puede ser utilizado para solicitar una Audiencia De Proceso Legal Debido, Proceso de Resolución Facilitada o Mediación bajo el Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA). La parte, o el representante legal de este, debe registrar un Proceso Legal Debido con la otra Parte y enviar una copia por correo de la Queja a la OSSE, c/o the Student Hearing Office: 810 First St., NE, 2nd Floor, Washington DC. 20002, o enviar un correo electrónico a hearing.office@dc.gov o enviar por Fax al (202) 478-2956. Usted no está obligado a usar este formulario, sin embargo, no podrá obtener una Audiencia de una Queja de Proceso Debido hasta que no se registre la Queja cumpliendo con todos los requisitos de la IDEA (34 C.F.R. §300.508 (b)). Al completar este formulario cumplirá con los requisitos y proporcionará información adicional e importante para el Oficial de la Audiencia.

A. INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:[1]_____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de la Residencia del Estudiante:[2] _____
Escuela donde Asiste a Clases actualmente: _____
Número de Identificación del Estudiante: _____

B. INFORMACIÓN REFERENTE A LOS PADRES DEL ESTUDIANTE

(Si el estudiante es menor de edad o se ha determinado legalmente incompetente)

Nombre de los Padres: _____
Dirección de los Padres, (si es diferente a la del estudiante antes mencionado):_____
_____
Número(s) de Teléfono(s) de la casa: _____
Número(s) de Teléfono(s) celular(es):_____
Número de Fax: _____
Correo(s) Electrónico(s):_____

C. ABOGADO, (SI CORRESPONDE)*

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de Teléfono de la Oficina: _____
Número de Teléfono del Celular: _____
Número de Fax: _____
Correo(s) Electrónicos: _____
*Si esta sección se ha completado, de ahora en adelante todas las comunicaciones de la Oficina de Audiencia de Estudiante (Student Hearing Office) y del Oficial de Audiencia será con el abogado.

[1] En caso que el niño esté bajo la protección del Distrito de Columbia esta solicitud debe indicarlo así, provisto que su nombre se liste como "c/o Child and Family Services" (DCMR, Chapter 5-E30-§3029.3(b))
[2] En caso que el niño o joven no tenga hogar, proporcione la información de contacto disponible del niño, como su información de residencia.

810 First Street, NE, 2nd floor, Washington, DC 20002
Phone: 202.698.3819 • Fax: 202.478.2956 • www.osse.dc.gov

D. **QUEJA EN CONTRA DE**

_ Agencia Pública Educacional:

Nombre(s) de la Agencia e información de contacto: _____

_____

O

_ Padre **o** Estudiante Elegible**:**

Nombre(s) e información de contacto, si no ha sido mencionada anteriormente: _____

_____

E. DISPONIBILIDAD DE MEDIACIÓN O RESOLUCIÓN FACILITADA*

Antes o en el momento del registro de esta queja, usted tiene el derecho de buscar una resolución de su disputa a través de Mediación, una reunión de las partes con un "Mediador" neutral quien trabajará con las partes para resolver la disputa. Bajo el Acta (IDEA), la Mediación es disponible para las partes sin costo alguno. La Mediación debe ser voluntaria por ambas partes, y por ley no puede ser usada para negar o retrasar el derecho de los padres a una Audiencia de Queja de Proceso Debido. Los partícipes pueden registrar la queja y usar Mediación en lugar de una Sesión de Resolución. Si la Mediación es fructífera las partes llegarán a un Acuerdo de Mediación con fuerza legal que es válido en cualquier Corte Estadal de jurisdicción competente o en una corte distrital de los Estados Unidos. Por favor indique aquí qué servicios de Mediación solicita:

____ Esta es SOLO una solicitud para Mediación y No una solicitud para Audiencia de Proceso Legal Debido.

____ Solicito una Audiencia de Proceso Legal Debido Y yo estoy interesado en un acuerdo a través de un proceso de mediación.

____ Solicito una Audiencia de Proceso Legal Debido Y solicito Mediación en lugar de una Sesión de Resolución.

____ No solicito un acuerdo a través de un Proceso de Mediación ni solicito Mediación en lugar de Sesión de Resolución.

F. ARREGLOS Y ASISTENCIA REQUERIDA:

Por favor marque los arreglos que requiere:

- Interprete (por favor indique el tipo):_____
- Comunicación especial (por favor indique el tipo):_____
- Arreglos especiales para discapacitados (por favor indique el tipo):_____
  _____
- Otros:_____

810 First Street, NE, 2nd floor, Washington, DC 20002
Phone: 202.698.3819 • Fax: 202.478.2956 • www.osse.dc.gov

G. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

De una descripción de la naturaleza del problema del estudiante relacionado a la propuesta o el rechazo de iniciar o cambiar la identificación, evaluación o colocación educacional del estudiante, o en cuanto a la provisión de Educación Gratis Adecuada y Pública del estudiante, **incluyendo** los hechos relacionados al problema.

H. DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN PROPUESTA AL PROBLEMA:

(Al nivel conocido y disponible en este momento)

I. NOMBRE Y FIRMA DE LA PARTE SOLICITANTE:

_____

Nombre

_____ Fecha: _____

Firma

Enviar por correo, fax o personalmente esta Notificación de Queja a:
Student Hearing Office
810 First St, N.E., 2nd Floor, Suite 2001
Washington, DC 20002
Fax: (202) 478-2956
Correo electrónico: Hearing.Office@dc.gov