



Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Rhode Island
Formulario modelo para ayudar a los padres/tutores o instituciones públicas a solicitar una
audiencia de debido proceso imparcial en materia de educación especial

(Revisado en fecha 4/2015)

Este formulario le brinda la información necesaria para solicitar una audiencia de debido proceso imparcial en materia de educación especial en asuntos relacionados con la identificación, evaluación, programa/servicios educativos o provisión de una educación pública gratuita y adecuada de un menor con una discapacidad de conformidad con la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (*IDEA*, por sus siglas en inglés). Se recomienda que sólo se recurra a esta acción de queja de debido proceso luego que las partes hayan agotado otros recursos, tales como el informal, resolución local, mediación o queja estatal escrita en materia de educación especial, según corresponda. Se ofrece una explicación de los procesos de resolución de conflictos en materia de educación especial en la página web del Departamento: http://www.ride.ri.gov/OSCAS/Dispute_resolution/. Puede solicitar ayuda para completar este formulario en el Centro de Llamadas de la Oficina para Estudiantes, la Comunidad y Ayuda Académica (*Office of Student, Community and Academic Supports*) en el (401) 222-8999 ó (401) 222-8944.

Información sobre el niño	Nombre del menor: _____	Fecha de nacimiento: _____
	Dirección donde vive el menor: Calle _____ Ciudad _____ _____ Estado, código postal _____	Escuela y curso actuales del menor: _____ Ciudad/pueblo donde se ubica la escuela: _____ _____ Ciudad o pueblo _____
Información sobre los padres/tutores	Nombre del(de los) padre(s) o tutor(es): _____	Teléfono(s)/número(s) de contacto del(de los) padre(s): _____
	Dirección postal (si es diferente a la del menor) _____ (Calle, ciudad, código postal)	Idioma usado para materiales impresos: _____ Idioma preferido para conversaciones: _____

(Por favor use una página adicional para lo siguiente, si es necesario).

Alegato	Por favor escriba la naturaleza del problema del niño relacionado con el inicio propuesto o rechazado o el cambio de la identificación, evaluación, programa/servicios educativos o provisión de una educación pública gratuita y adecuada para el niño:
Hechos	Por favor describa los hechos relacionados con el problema:
Resolución propuesta	Hasta donde tenga conocimiento, ¿qué resolvería el problema?

ABOGADOS APODERADOS DE LAS PARTES, SI SE CONOCEN:

_____ Por el(los) padre(s) _____ Por la institución pública

PARTE QUE PRESENTA LA QUEJA DE DEBIDO PROCESO:

NOMBRE (en letra de imprenta): _____ TELÉFONO/CEL/FAX: _____

DIRECCIÓN: _____
 Calle Ciudad/Pueblo Estado Código postal

CONSTANCIA DE QUE UNA COPIA DE ESTA QUEJA DE DEBIDO PROCESO/SOLICITUD DE AUDIENCIA ESTÁ SIENDO ENVIADA A LA OTRA PARTE QUE FIGURA EN ESTA QUEJA (PADRE O SUPERINTENDENTE ESCOLAR) (Encierre una respuesta en círculo) Sí No

Firma: _____ Fecha _____

Por favor envíe este formulario lleno o toda la información en él contenida a: Dispute Resolution, Suite 500, Office of Student, Community and Academic Supports, RI Dept. of Education, 255 Westminster Street, Providence, RI 02903.