Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

正式争议解决请求
Formal Dispute Resolution Request

- 此表格的主要目的是记录所选择的选项（调解、正当程序听证会和/或行政投诉），以便启动相应的流程解决争议。
- 请在此表格上提供所需信息，签名，注明日期，然后邮寄或以电子方式提交至下列地址。
- 父母可以联系家庭资源协调员、服务提供者机构或ESIT州领导办公室，请求帮助填写此表格。
- 关于争议解决方案的其他信息包含在*《残疾人教育法》(IDEA) C部分程序保障（家长权利）*文件中。

提交投诉的个人/服务提供者机构/组织的姓名/名称 _____

地址（*包括邮政编码*）

儿童姓名 _____ 出生日期 _____

儿童地址 _____

家庭资源协调员 _____

服务提供者或服务提供者机构 _____

电话号码 _____ 传真号码 _____

电子邮件地址 _____

正式争议解决方案

请选择所有适用项

☐ **调解——如果您只想调解，请勾选此处**
一个让当事人在公正、合格、训练有素的调解人帮助下，相互沟通、表达问题和解决分歧的自愿过程。可以在任何时候申请调解，包括在提出正当程序听证请求或行政投诉之前或之时。

☐ **正当程序听证会——如果您想通过正当程序听证会解决争议，请勾选此处。**
用于解决与婴儿或幼儿的身份确认、评估或安置相关的分歧，或为婴儿或幼儿及其家庭提供早期干预服务。

☐ **行政投诉——如果您想通过行政投诉流程解决争议，请勾选此处 。*如果除了正当程序之外还勾选了此项，则优先考虑正当程序听证。***
当对特定婴儿/幼儿及其家庭是否遵守了IDEA法规的C部分有疑问时使用。

☐ **调解——除正当程序听证会和/或行政投诉之外**

针对服务提供者/组织争议提起

为儿童提供服务的服务提供者/服务提供者机构的名称 _____

地址_____

城市 州 邮政编码 _____

电话号码 _____

电子邮件地址 _____

其他争议方（如果适用）

不同意声明

如果与《残疾人教育法》(IDEA) C部分和您的孩子有关，请提供问题性质的书面描述。

不同意声明的事实证明

请提供您的不同意声明的事实证明书面描述，并确定可证实您的问题的任何相关信息（即IFSP、书面信函、评估/评价）。目标要尽可能具体。

问题方面的解决方案

请提供一份书面描述，说明在目前提交投诉的一方已知和可用的范围内，对问题的拟议解决方案。

如果您选择调解和/或正当程序听证会，请列出未来两周内您空闲的日期和时间范围。

签名 _____ 日期 _____

在当事人向DCYF ESIT州领导办公室提交争议解决请求的同时，必须将此表格的副本发送给为儿童提供服务的服务提供者/服务提供者机构。

邮寄或以电子方式提交至：

Early Support for Infants and Toddlers (ESIT)
PO Box 40970, Olympia, WA 98504-0970 | 360-725-3500
电子邮件地址：dcyf.esit@dcyf.wa.gov