



Solicitud de resolución de disputa formal

Formal Dispute Resolution Request

- El propósito principal de este formulario es documentar las opciones seleccionadas (mediación, audiencia de debido proceso o queja administrativa) con el fin de iniciar el proceso correspondiente para resolver un desacuerdo.
- Proporcione la información solicitada en este formulario, fírmelo, féchelo y envíelo por correo o de manera electrónica a la dirección que se indica más adelante.
- Los padres pueden solicitar ayuda para rellenar este formulario a su coordinador de recursos familiares, a su agencia proveedora o a la oficina directiva estatal de ESIT.
- Puede consultar información adicional sobre las opciones de resolución de disputas en el documento *Garantías procesales de la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) (Derechos de los padres)*.

Nombre de la persona, agencia proveedora u organización que presenta la queja _____

Dirección (incluir el código postal) _____

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del menor _____

Coordinadora de recursos familiares _____

Proveedor de servicios o agencia proveedora _____

Número(s) de teléfono _____ Número(s) de fax _____

Correo electrónico _____

Opción(es) de resolución de la disputa formal

Marque todas las opciones que correspondan

☐ **Mediación – Marque aquí si solamente desea mediación.**

Un proceso voluntario que reúne a las personas con un mediador imparcial, capacitado y cualificado, quien les ayuda a comunicarse, expresar sus inquietudes y resolver sus desacuerdos. Puede solicitarse en cualquier momento, incluso antes o después de presentar una solicitud de audiencia de debido proceso o una queja administrativa.

☐ **Audiencia de debido proceso – Marque aquí si desea resolver la disputa con una audiencia de debido proceso.**

Se utiliza para resolver desacuerdos relacionados con la identificación, evaluación o colocación de un bebé o niño pequeño, o con la prestación de servicios de intervención temprana al bebé o niño pequeño y a su familia.

☐ **Queja administrativa – Marque aquí si desea resolver la disputa utilizando el proceso de queja administrativa.**

Cuando se marca junto con la opción de debido proceso, la audiencia de debido proceso tiene precedencia.

Se utiliza cuando existen dudas acerca de si se siguieron las reglamentaciones de la Parte C de la ley IDEA respecto a un bebé o niño pequeño en particular y su familia.

☐ **Mediación – Además de una audiencia de debido proceso o una queja administrativa.**

Proveedor de servicios u organización contra la que se presentó la disputa

Nombre del proveedor de servicios o la agencia proveedora que atiende al niño _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código postal _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Otras partes de la disputa (si corresponde)

Declaración de desacuerdo

Por favor incluya una descripción escrita de la naturaleza del problema, explicando cómo se relaciona con la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y con su hijo(a).

Hechos que sustentan la declaración de desacuerdo

Por favor incluya una descripción escrita de los hechos que sustentan su declaración de desacuerdo e identifique toda la información pertinente (es decir, los IFSP, la correspondencia por escrito, las evaluaciones y valoraciones) que pueda confirmar sus inquietudes. Sea lo más específico posible.

Solución(es) a las áreas de inquietud

Por favor incluya una descripción escrita de una resolución propuesta para el problema, en la medida en que la parte que presenta esta queja la conozca y la considere disponible.

Si seleccionó mediación o una audiencia de debido proceso, incluya las fechas y los períodos durante los que estará disponible en las siguientes dos semanas.

Firma _____

Fecha _____

Debe enviarse una copia de este formulario al proveedor de servicios o la agencia proveedora que atiende al niño, al mismo tiempo que la parte entregue la solicitud de resolución de disputa a la oficina directiva estatal de ESIT del DCYF.

Envíela por correo postal o de manera electrónica a:

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