

The Department of Children, Youth, and Families**Программа ранней поддержки новорожденных и детей (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT)**

P. O. Box 40970 | Olympia, WA 98504-0970

ГОЛОС (360) 725-3500 | ТЕЛЕТАЙП (360) 407-1087 | ФАКС (360) 725-4925

www.del.wa.gov/esit

Официальный запрос о разрешении разногласий

ФАМИЛИЯ, ИМЯ / НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПОДАЮЩЕЙ ЗАПРОС		ДАТА	
АДРЕС			
ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС			
ФАМИЛИЯ/ИМЯ РЕБЕНКА / ДАТА РОЖДЕНИЯ / АДРЕС		КООРДИНАТОР СЕМЕЙНЫХ РЕСУРСОВ	МЕСТНАЯ ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:
НОМЕР(А) ТЕЛЕФОНА(-ОВ)	НОМЕР(А) ФАКСА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	

Основная цель данной формы - задокументировать опции (медиация, формальное слушание, и/или административная жалоба), доступные для инициирования соответствующего процесса разрешения возникших разногласий. Просьба предоставить информацию, запрошенную в данной форме, подписать форму, поставить дату и вернуть форму по указанному выше адресу. Родители могут запросить помощь при заполнении формы, обратившись к Координатору семейных ресурсов, в местную ведущую организацию или к персоналу Программы ранней поддержки новорожденных и детей (ESIT). Описание процедур в рамках разрешения разногласий приведено в документе *Процедурные гарантии по части Part C закона об обучении лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Part C Procedural Safeguards) [права родителей]*.

ОПЦИИ ОФИЦИАЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ РАЗНОГЛАСИЙ

<input type="checkbox"/>	Только медиация Только медиация может быть запрошена перед подачей запроса об официальном слушании или перед подачей жалобы ИЛИ ЖЕ она может быть запрошена одновременно с подачей запроса об официальном слушании или административной жалобы. Отметьте это поле, если вы хотите попытаться разрешить возникшее разногласие только посредством медиации .
<input type="checkbox"/>	Официальное слушание Отметьте это поле, если вы хотите попытаться сначала разрешить возникшее разногласие посредством медиации до проведения официального слушания.
<input type="checkbox"/>	Административная жалоба Отметьте это поле, если вы хотите попытаться сначала разрешить возникшее разногласие посредством медиации до подачи административной жалобы на рассмотрение.

ЗАЯВЛЕНИЕ О РАЗНОГЛАСИИ ПОДАНО В ОТНОШЕНИИ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ/ОРГАНИЗАЦИИ

ИМЯ, ФАМИЛИЯ/НАЗВАНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ EIS / ОРГАНИЗАЦИИ, ОБСЛУЖИВАЮЩИХ РЕБЕНКА

АДРЕС

ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС

ТЕЛЕФОН

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

ДРУГИЕ СТОРОНЫ СПОРА/РАЗНОГЛАСИЯ (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕСОГЛАСИИ

Предоставьте письменное описание характера проблемы, связанной с ребенком, которая относится к предлагаемым или отклоненным предложениям о начале обслуживания или внесении изменений в его режим.

ФАКТЫ В ПОДДЕРЖКУ ЗАЯВЛЕНИЯ О НЕСОГЛАСИИ

Предоставьте описание фактов в поддержку вашего заявления о несогласии и укажите любую релевантную информацию (к примеру, ИПСО, корреспонденцию, данные обследования/оценки состояния), относящиеся к вашей проблеме. Будьте максимально конкретны.

ПРЕДЛАГАЕМОЕ(-ЫЕ) РЕШЕНИЕ(-ИЯ)

Предоставьте описание предлагаемого решения проблемы с учетом ее характера и масштаба при подаче жалобы.

Укажите даты и время в течение последующих двух недель, в которые вы можете быть доступны, если вы выбрали медиацию и/или официальное слушание.

Подпись

Дата

Копия жалобы должна быть направлена в организацию и/или поставщику услуг EIS, обслуживающего ребенка одновременно с официальной подачей жалобы в соответствующую организацию.

Февраль 2012 г.