



# Formulario de Solicitud de Audiencia de Debido Proceso

## Educación Especial

Un padre o distrito escolar/chárter puede presentar una solicitud de audiencia de debido proceso ante el Coordinador de Resolución de Disputas. **También es necesario que proporcione una copia de la solicitud de audiencia al distrito escolar/chárter o al padre mencionado a continuación.**

Puede usar este formulario o enviar una carta que incluya la información requerida a continuación, incluyendo su firma y confirmación de que una copia de su solicitud de audiencia de debido proceso ha sido proporcionada a la otra parte. Si necesita ayuda para presentar esta solicitud, por favor comuníquese con nuestra oficina al (208) 332-6914.

**\* Los temas marcados con asterisco son opcionales y no obligatorios.**

### INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de la Solicitud Por Escrito:

Nombre de la Persona que Solicita la Audiencia:

Dirección:

Cuidad:

Código Postal:

Correo Electrónico:

Teléfono:

\*Método Preferido de Contacto:    Correo Electrónico    Teléfono

\*Relación con el Estudiante:

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:

Dirección:

\*Grado:

\*Edad:

Distrito Escolar/Chárter:

## **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Escuela a la que Asiste el Estudiante:

Abogado del Estudiante (si corresponde):

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR:      Marque Aquí Si es Igual Que el Solicitante**

Nombre del Padre/Tutor:

Dirección:

Cuidad:

Código Postal:

\*Correo Electrónico:

\*Teléfono:

## **INFORMACIÓN DEL DISTRITO/CHÁRTER**

Nombre del Distrito Escolar/Chárter Contra el Cual se Presenta la Queja:

\*Nombre del Director de Educación Especial:

\*Correo Electrónico:

\*Teléfono:

Abogado del Distrito/Chárter (si corresponde):

**CUESTIÓN(S):** Describa su problema específico relacionado con cualquier asunto de identificación, evaluación, ubicación educativa o provisión de una educación pública adecuada y gratuita. Resuma los hechos y la información como base para cada alegación. Puede agregar páginas adicionales si es necesario.

**RESOLUCIÓN:** Por Favor, proporcione sugerencias para resolver las supuestas violaciones en la medida en que se conozcan y estén disponibles.

**Firma del Demandante**

**Fecha**

**Yo confirmé que se ha proporcionado una copia de esta solicitud de audiencia de debido proceso estatal a:**

- El director de educación especial** del distrito escolar/chárter nombrado
- El padre / tutor**

Puede enviar por correo, fax o correo electrónico la solicitud firmada y completada a:

**Coordinador de Resolución de Disputas**  
**Departamento de Educación de Idaho**  
**Post Office Box 83720**  
**Boise, ID 83720-0027**  
**Fax: (208) 334-2228**  
**Correo electrónico: [disputeresolution@sde.idaho.gov](mailto:disputeresolution@sde.idaho.gov)**

*El Departamento de Educación del Estado de Idaho toma precauciones para mantener la confidencialidad de la información de identificación personal. Sin embargo, las comunicaciones por correo electrónico no siempre son seguras y pueden ser leídas por personas que no son los destinatarios previstos. Al completar este formulario de muestra y enviarlo por correo electrónico al Departamento de Educación del Estado de Idaho, usted reconoce que comprende los riesgos potenciales y se comunica voluntariamente por correo electrónico.*