



Запрос на официальное решение спора Formal Dispute Resolution Request

- Основная цель этой формы заключается в документировании выбранного варианта (медиации, административного слушания и/или административной жалобы), чтобы инициировать соответствующий процесс разрешения разногласий.
- Предоставьте требуемую информацию в этой форме, подпишите ее, поставьте дату и отправьте по почте или в электронном виде по указанному ниже адресу.
- Родители могут обратиться за помощью в заполнении этой формы, связавшись с координатором семейных ресурсов, агентством-поставщиком услуг или руководящим офисом программы ESIT в своем штате.
- Дополнительная информация о вариантах разрешения спора содержится в тексте *Закона о предоставлении образования лицам, имеющим инвалидность (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), Раздел C, процедурные гарантии (родительские права)*.

Имя, фамилия или название лица/агентства по оказанию услуг/организации, подающего (-ей) жалобу

Адрес (с указанием почтового индекса)

Имя и фамилия ребенка _____ Дата рождения _____

Адрес ребенка _____

Координатор ресурсов для семьи _____

Поставщик услуг или агентство по оказанию услуг _____

Номер (-а) телефона (-ов) _____ Номер (-а) факса: _____

Адрес электронной почты _____

Вариант (-ы) официального решения спора

Отметьте все, что к вам относится

☐ **Медиация — поставьте пометку здесь, если вам нужна только медиация**

Добровольный процесс, в ходе которого люди встречаются с беспристрастным, квалифицированным и обученным посредником, который помогает им общаться друг с другом, выражать озабоченность и разрешать разногласия. Услуги медиации можно запросить в любое время, в том числе до или после подачи запроса на проведение административного слушания с соблюдением надлежащей правовой процедуры или административной жалобы.

☐ **Слушание с соблюдением надлежащей правовой процедуры — поставьте пометку здесь, если вы хотите разрешить спор с помощью слушания в рамках надлежащей правовой процедуры.**

Используется для разрешения разногласий, связанных с идентификацией, оценкой или размещением младенца или ребенка младшего возраста проживание, или с предоставлением услуг раннего вмешательства младенцу или ребенку младшего возраста и его семье.

☐ **Административная жалоба — поставьте пометку здесь, если вы хотите разрешить спор с помощью процесса административной жалобы. Если вы отметите этот пункт в дополнение к надлежащей правовой процедуре, приоритет отдается слушанию с соблюдением надлежащей правовой процедуры.**

Используется, когда возникает вопрос о том, была ли соблюдена часть C правил закона IDEA в отношении конкретного младенца/детей младшего возраста и их семьи.

☐ **Медиация — в дополнение к слушанию с соблюдением надлежащей правовой процедуры и/или административной жалобе**

Поставщик услуг/организация, в отношении которой было подано заявление о решении спора

Имя и фамилия или название поставщика услуг / агентства по оказанию услуг для вашего ребенка

Адрес _____

Город штат почтовый индекс _____

Номер телефона _____

Адрес электронной почты _____

Другие стороны спора (если применимо)

Заявление о несогласии

Предоставьте письменное описание сути проблемы, относящейся к части С Закона о предоставлении образования лицам, имеющим инвалидность (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA) и вашему ребенку.

Факты, подтверждающие заявление о несогласии

Предоставьте письменное описание фактов, подтверждающих ваше несогласие, и укажите любую соответствующую информацию (например, индивидуальные планы обслуживания семьи (IFSP), письменную переписку, оценки/анализы), которая может подтвердить ваши опасения. Описывайте обстоятельства как можно более конкретно.

Решение (-я), касающиеся затронутой (-ых) проблемы или проблем

Предоставьте письменное предлагаемое решение проблемы в той мере, в какой оно известно и доступно стороне, подающей жалобу, на момент подачи жалобы.

Укажите даты и сроки, в которые вы можете быть доступны в течение следующих двух недель, если вы выбрали медиацию и/или слушание в рамках надлежащей правовой процедуры.

Подпись _____

Дата _____

Копия этой формы должна быть направлена поставщику услуг/агентству, обслуживающему ребенка, одновременно с подачей стороной запроса на разрешение спора в руководящий офис DCYF ESIT в вашем штате.

Отправьте по почте или в электронном виде по адресу:

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