

**COMMONWEALTH OF VIRGINIA**

**DEPARTMENT OF EDUCATION**

# SERVICIOS DE MEDIACIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE VIRGINIA

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

## I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

* Nombre del estudiante:       Grado/Programa del estudiante\*:
* Edad del estudiante:       División escolar del estudiante:

## II. INFORMACIÓN DE FONDO

Proporcione la información por favor. Escribe NA (no aplicable) donde corresponda.

* La(s) fecha(s) de la(s) mediación(es):
* La fecha de presentación de la queja:

### COMPLETE SOLO SI SE HA SOLICITADO UNA AUDIENCIA DE DEBIDO PROCESO

* Fecha de solicitud de audiencia de debido proceso:
* Fecha de solicitud de audiencia acelerada:
* Nombre del official de audiencia:

Los reglamentos permiten que los padres y la división escolar se acquerden que se utilizará la mediación en lugar de una sesión de resolución. Escriba sus iniciales aquí si ambos están de acuerdo.

Iniciales de los padres       School division representative initials

(Iniciales del representante de la división escolar)

## III. Las solicitudes de mediación deben ser solicitadas conjuntamente por la división escolar y los padres, como lo demuestran las firmas a continuación.

**Envíe este formulario solo quando esté preparado para programar una fecha para la mediación.**

### NOMBRES Y FIRMAS DE LAS PARTES SCHOOL DIVISION (DIVISIÓN ESCOLAR)

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PADRES/GUARDIANES**

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Imprimir nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Imprimir nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## IV. INFORMACIÓN DEL CONTACTO SCHOOL REPRESENTATIVE

**(Representante de la escuela)**

* Name:
* Mailing Address:
* Phone Number:
* Fax Number:

**PADRES/GUARDIANES**

* Nombre:
* Dirección de envio:
* Número de teléfono:
* Número de fax:
* Email:
* Correo electrónico:

## V. NECESIDADES DE APOYO

* **Necesidades de traddución** (Por favor especifica)

* **Necesidades de intéprete** (Por favor especifica)

* **Necesidades de accessibilidad** (Por favor especifica)

## VI. INFORMACIÓN ADICIONAL

Puede utilizar este espacio para enumerar brevemente los problemas en los que le gustaría trabajar en la mediación. La conferencia de mediación no tiene que limitarse a los problemas que ha señalado aquí.

**Padres**:

**School (Escuela)**:

\* Si el estudiante está actualmente matriculado en un programa de educación especial, adjunte el nivel de desempeño actual más reciente.

ENVIAR FORMULARIO A:

Mr. Art Stewart

Office of Dispute Resolution and Administrative Services

Division of Special Education and Student Services

Virginia Department of Education

P. O. Box 2120

Richmond, VA 23218-2120

[arthur.stewart@doe.virginia.gov](mailto:astewart@mail.vak12ed.edu)

Teléfono: 804-786-0711

FAX: 804-786-8520

Revisado 10/22/2020