



OFICINA DE DESARROLLO INFANTIL Y APRENDIZAJE TEMPRANO

Programa para Bebés y Niños Pequeños

Solicitud del Proceso Legal Debido

Un formulario de petición para una audiencia del proceso legal debido se presenta a la Oficina para la Resolución de Disputas (en inglés, *Office for Dispute Resolution* u *ODR*) dentro de tres (3) días consecutivos a partir de la fecha en que se presenta una petición escrita. Se debe incluir con este formulario cualquier documentación, tal como copias del IFSP (se aceptan los borradores), evaluaciones, etc. Envíe copias de esta petición a los padres y a la Oficina Regional. Mantenga una copia del archivo en la Oficina de Salud Mental/Discapacidades Intelectuales (en inglés, *MH/ID Office*).

Información del estudiante

Fecha de la petición escrita de los padres: _____ Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F Discapacidad: _____

Información sobre la oficina de MH/ID del condado

Oficina de MH/ID del condado:

Persona de contacto de la oficina de MH/ID del condado:

Puesto/cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tel. celular: _____ Email: _____ Fax: _____

Representante legal del condado (si aplica): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Tel. celular: _____ Email: _____ Fax: _____

Programa la audiencia con: Persona de contacto de MH/ID del condado o Representante legal

Nombre del padre/Nombres de los padres: _____

Dirección: _____

Tel. fijo: _____ Tel. celular: _____ Tel. laboral: _____

Email: _____

Información del representante del padre o los padres

Representante del padre(s): (Escriba el nombre o “Ninguno”) _____

Puesto/Cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Email:** _____ **Fax:** _____

Programa la audiencia con: Padre(s) o Representante del padre(s)

Motivo de la audiencia:

Hora deseada para la audiencia: 9:00 am – 12:00 pm 1:00 pm – 4:00 pm 5:00 pm - 7:00 pm

Tipo de audiencia: Abierta al público A puerta cerrada (sólo los participantes)

Idioma preferido del padre(s): _____

Modo de comunicación alternativo: _____

La oficina de MH/ID del condado ha proporcionado un lugar para la audiencia que es accesible para los individuos con discapacidades. Dicha oficina se encuentra en la siguiente dirección:

Por favor incluya un enlace de Google Maps para llegar al lugar de la audiencia:

Persona que completó este formulario:

Nombre: _____ **Email:** _____

Teléfono: _____ **Fecha:** _____

<p>Por favor presente este formulario y la documentación a: Office for Dispute Resolution 6340 Flank Drive Harrisburg PA 17112-2764 Teléfonos: 717-901-2145 800-222-3353 (sólo PA) PA Relay 711 (Usuarios de TTY) 717-657-5983 (Fax)</p>
