

Florida Department of Education

Bureau of Exceptional Education and Student Services

ESE Program Administration and Quality Assurance

Dispute Resolution

325 W. Gaines Street, Suite 614

Tallahassee, Florida 32399-0400

Phone (850) 245-0475

Fax (850) 245-0953

Request for Exceptional Student Education (ESE) Due Process

Directions: This form should be completed by individuals who wish to request a due process hearing. Please complete, sign, and submit one copy of this form to the Clerk of the School Board, 1450 NE 2nd Avenue, Suite 268-B, Miami, Florida 33132. Fax: (305) 995-1448. Submit another copy to the Florida Department of Education. Please retain a copy for your records.

Please print when filling out the form

Requesting Party:

Parent/Guardian

Parent Representative

School District

Is this a request for an expedited due process hearing related to discipline issues?

Yes _____ No _____

Comments: _____

Statement of Issues and Proposed Resolution

I, _____, the undersigned, do hereby file this request for a due process hearing against _____ county school district/local educational agency.

Please use the space below to write a description of the issue(s) of your complaint, including the related facts. You may attach an additional sheet of paper if more space is needed.

Please use the space below to write a proposed resolution of the problem or issues. You may attach an additional sheet of paper if more space is needed.

Submitted by: _____
Signature

Date

Student Information:

Student's Name:

Last: _____ First: _____ Middle Initial: _____

Date of Birth: Month: _____ Day: _____ Year: _____

Student's Disability/Exceptionality: _____

Student's Grade: _____

Student's Address: _____

Name of School the Student Is Attending: _____

Additional Contact Information for Homeless Students: _____

Parent/Student Representative Information:

Name: _____

Address: _____

E-Mail: _____

Home Telephone: _____ Cell: _____ Work: _____

Relationship to student: _____

**District Contact Information
(to be completed if submitted by district personnel)**

Name of School Representative and Title: _____

Mailing Address of School or Agency Central Office: _____

Telephone: _____

Departamento de Educación de la Florida

Oficina de Servicios de Educación y Estudiantes Especiales

Administración y Control de Calidad de Programa de ESE

Resolución de Desacuerdos

325 W. Gaines Street, Suite 614

Tallahassee, Florida 32399-0400

Número de teléfono: (850) 245-0475

Número de fax: (850) 245-0953

Solicitud para Tratamiento Justo de Educación de Estudiantes Especiales (ESE)

Instrucciones: Aquellos individuos que deseen solicitar una audiencia de tratamiento justo o debido procedimiento deben completar este formulario. Favor de completar, firmar y entregar una copia de este formulario al Funcionario (Clerk) de la Junta Escolar, 1450 NE 2nd Avenue, Suite 268-B, Miami, Florida 33132. Fax: (305) 995-1448. Entregar otra copia al Departamento de Educación de la Florida. Favor de guardar una copia para sus archivos.

Favor de usar letra de molde cuando llene el formulario

Persona que solicita :

Madre / Padre / Guardián

Representante de la madre o del padre

Distrito Escolar

¿Es ésta una solicitud para una audiencia acelerada de tratamiento justo o debido procedimiento relacionada con asuntos de disciplina?

Sí _____ **No** _____

Comentarios: _____

Declaración de Problemas y Resolución Propuesta

Yo, _____, el (la) suscrito(a), presento(a) esta solicitud para audiencia de tratamiento justo o debido procedimiento contra _____ el distrito escolar del condado y / o agencia de educación local.

Favor de usar el espacio a continuación para describir el (los) problema(s) con respecto a su queja, e incluya los hechos relacionados a la misma. Usted puede adjuntar una hoja adicional si necesita más espacio.

Use el espacio a continuación para escribir una resolución propuesta del problema o asunto. Usted puede adjuntar una hoja adicional si necesita más espacio.

Presentado por: _____
Firma

Fecha

Información del estudiante:

Nombre del estudiante:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Discapacidad / Excepción del Estudiante: _____

Calificación del Estudiante: _____

Dirección del Estudiante: _____

Nombre de la escuela a la que el estudiante está asistiendo: _____

Información de contacto adicional para estudiantes sin hogar: _____

Información del Representante del Padre, de la Madre o del Estudiante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de su casa: _____ Celular: _____ Empleo: _____

Parentesco con el estudiante: _____

Información de Contacto de Distrito

(Esta sección se completa solamente si el personal del distrito presenta el formulario.)

Nombre del representante de la escuela y su título: _____

Dirección de la oficina central de la escuela or agencia: _____

Número de teléfono: _____

Depatman Edikasyon Florid

Biwo Edikasyon Eksepsyonèl ak Sèvis Elèv

Pwogram Administrasyon ESE ak Asirans Dekalite

Rezolisyon Diskisyon

325 W. Gaines Street, Suite 614

Tallahassee, Florida 32399-0400

Telefòn (850) 245-0475

Faks (850) 245-0953

**Demand pou Pwosedi pou yon Odyans "Exceptional Student Education (ESE)"
(Elèv Edikasyon Eksepsyonèl)**

Direksyon: Se moun ki vle fè demand pou pwosedi pou yon odyans ki dwe ranpli fòm sa a. Silvouplè ranpli, siyen, e remèt yon kopi fòm sa a bay Sekrete Asosyasyon Komite Skole, 1450 NE 2nd Avenue, Suite 268-B, Miami, Florida, 33132. Fax: (305) 995-1448. Rèmet yon lòt kopi bay Depatman Edikasyon Florid. Silvouplè kenbe yon kopi pou dosye w.

Silvouplè enprime lè w ap ranpli fòm nan

Moun ki Fè Demand la:

Paran/Gadyen

Reprezantan Paran

Distri Lekòl la

Èske se yon demand pou akselere yon pwosedi pou jijman yon odyans ki gen pou wè ak pwoblèm disiplin?

Wi _____ Non _____

Kòmantè: _____

Deklarasyon Pwoblèm nan e Rezolisyon yo Pwopoze

Mwen, _____, ki siyen anba a, mwen depoze yon demand pou pwosedi yon odyans pou tande kont _____ konte distri lekòl/ajans edikasyon lokal.

Silvouplè itilize espas anba a pou w ekri deskripsyon pwoblèm nan (yo) ki lakoz w ap pote plent la, enkli fè ki relate yo. Ou kab tache yon lòt paj si w bezwen plis plas.

Silvouplè itilize espas anba a pou w ekri yon pwopozisyon pou rezolisyon pwoblèm oubyen koze yo. Ou kab tache yon lòt paj si w bezwen plis plas.

Moun ki Remèt Fòm nan: _____
Siyati

Dat

Enfòmasyon Elèv la:

Non Elèv la:

Non: _____ Prenon: _____ Inisyal non Batèm: _____

Dat Nesans: Mwa: _____ Jou: _____ Ane: _____

Dezabilite/Eksepsyonnalite Elèv la: _____

Ane Eskolè Elèv la: _____

Adrès Elèv la: _____

Non Lekòl Elèv la Prale a: _____

Enfòmasyon Adisyonèl sou Kontak Elèv ki pa gen Kay: _____

Enfòmasyon Repezantan Paran/Elèv la:

Non: _____

Adrès: _____

Adrès elektwonik: _____

Telefòn Lakay: _____ Pòtab: _____ Travay: _____

Relasyon ak Elèv la: _____

**Enfòmasyon sou Kontak Distri a
(ranpli pati sa a si se anplwaye distri a ki ap remèt li)**

Non Repezantan Lekòl la ak Tit li: _____

Adrès Lekòl la oubyen Biwo Santral Ajans la: _____

Telefòn: _____