

**PETICIÓN DE MEDIACIÓN  
DEL PROGRAMA NIÑOS EXCEPCIONALES DE CAROLINA DEL NORTE**

**I. DATOS DEL ALUMNO/A**

- Nombre del alumno/a: \_\_\_\_\_ Grado escolar del alumno/a: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento del alumno/a: \_\_\_\_\_ Escuela del alumno/a: \_\_\_\_\_
- Área de elegibilidad: \_\_\_\_\_ Sistema escolar/*Charter*: \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES**

Por favor proporcione los datos que se solicitan. Escriba N/A (no se aplica) donde corresponda.

- Fecha(s) de reuniones previas de mediación: \_\_\_\_\_
- Fecha de presentación de quejas: \_\_\_\_\_
- Naturaleza del desacuerdo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Para los padres de familia, alumno adulto o parte interesada:  
¿Usted notificó a la escuela sobre el inicio de esta petición? \_\_\_\_\_  
De ser así, ¿a qué persona se le notificó? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? ¿Cómo se le notificó a la persona? \_\_\_\_\_  
  
Para la Agencia de Educación Local (LEA)  
¿Usted notificó a los padres de familia sobre el inicio de esta petición? \_\_\_\_\_  
De ser así, ¿a qué persona se le notificó? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo? ¿Cómo se le notificó a la persona? \_\_\_\_\_

**III. LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI SE HA SOLICITADO UNA AUDIENCIA DE DEBIDO PROCESO CASO#: \_\_\_\_\_**

Fecha de petición para la audiencia de debido proceso \_\_\_\_\_

Fecha de petición de audiencia agilizada: \_\_\_\_\_

Las normas permiten que tanto los padres de familia como el distrito escolar estén de acuerdo en que se recurrirá a la mediación en vez de la sesión de resolución o bien, que puede ser el resultado de la sesión de resolución. Por favor escriba aquí sus iniciales si ambas partes están de acuerdo.

**Padre/madre de familia:** \_\_\_\_\_ **Representante del distrito escolar:** \_\_\_\_\_

**\*\*\*Se debe incluir con esta petición el formulario de reunión de resolución\*\*\***

**IV.****DATOS DE CONTACTO:**

\*\*\*Se deben incluir los nombres y datos de contacto de ambas partes participantes. La falta de datos puede demorar el proceso\*\*\*

<p style="text-align: center;"><b>REPRESENTANTE DE LA AGENCIA LEA/ESCUELA</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección postal: _____</p> <p>_____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p><b>ABOGADO DE LA AGENCIA LEA, si corresponde:</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección postal: _____</p> <p>_____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p><b>ABOGADO DE LOS PADRES DE FAMILIA, si corresponde:</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>
---	--

**V.****SERVICIOS DE APOYO NECESARIOS**

**Necesita servicios de traducción** (especificar)

**Necesita servicios de interpretación** (especificar)

**Necesita servicios de acceso** (especificar)

**V.****DATOS DE ENVÍO**

Nombre de la persona que ha llenado este formulario:

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ENVIAR EL FORMULARIO A:**

Mediation Coordinator  
 Exceptional Children's Division  
 North Carolina Department of Public Instruction  
 Número de teléfono: (919) 807-3969  
 Número de fax: (919) 807-3755