|  |
| --- |
|  |

*Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*

# Solicitud de mediación y/o debido proceso administrativo por parte del padre o la madre del niño

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del niño:** | | |  | | | | | | | | | **Fecha de nacimiento:** | | | |  | | |
| Dirección del niño: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del padre o de la madre: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección del padre o de la madre: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono del padre o de la madre: | | | |  | | | | | Horario preferido de llamadas: | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la agencia contra la que se presenta la queja: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Nombre de la persona contra quien se presenta la queja (de ser aplicable): | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Dirección: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor escriba una declaración sobre los hechos describiendo la naturaleza de la queja. (Puede adjuntar una hoja adicional si es necesario). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo que al completar y remitir este formulario al *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del* Norte a la dirección que figura a continuación estoy presentando una solicitud formal de mediación y/o de una audiencia administrativa de debido proceso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo que los derechos de mi niño y los de mi familia están protegidos bajo el *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* con respecto a la resolución de desacuerdos. He recibido una copia de la *Notificación sobre los derechos del niño y la familia en el Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte*. He sido informado(a) y entiendo acerca de mis derechos bajo el *Programa Infantes-Niños Menores de Tres Años.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |  | | | |  |
|  | *Firma del padre o la madre del niño* | | | | | | | | | | | |  | *Fecha* | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Early Intervention Section Part C Director  Division of Child & Family Well-Being  1916 Mail Service Center  Raleigh, NC 27699-1916 | | | | |  | **For Office Use Only** | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | Date received by CDSA | | | | |  | | | | | | N/A |  |
|  | | | | |  | Date received by Early Intervention Section Central Office | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  |