|  |  |
| --- | --- |
| ***北卡罗来纳州婴幼儿计划*** |  |

# **提交州申诉**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **投诉人：** | |  | | | **如果申诉是关于儿童的，您是其父母吗？** | | | | | 是  否 | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 地址： |  | | | | | | | 电话： |  | | |
| 本表包含提交州申诉所需的所有内容。申诉所针对的违法违规行为必须发生在申诉之日前一年内。 | | | | | | | | | | | |
| NC ITP、CDSA 或早期干预服务提供方违反《残疾人教育法案》(IDEA) 第三部分要求的说明： | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 说明所依据的事实（如有必要，可另附一页）： | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **如果申诉并非关于儿童，请在此停止并在下方签名。如果申诉关于儿童的违法违规行为：** | | | | | | | | | | | |
| 儿童姓名： | | |  | | | | 出生日期： | | |  | |
| 儿童地址： | | |  | | | | | | | | |
| 为儿童服务的早期干预提供方的姓名/名称（如果适用）： | | | |  | | | | | | | |
| 地址： |  | | | | | | | | | | |
| 电话： |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 描述问题的性质，包括与问题相关的事实。您还可以提出申诉的潜在解决方案：  （如有必要，可另附一页） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | |
| *申诉人签名* | | | | |  | *日期* | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | |
| 父母可以要求召开**相关程序听证会**以解决任何有关其婴幼儿子女的身份鉴别、评估、安置，或向残疾婴幼儿子女及其家庭提供早期干预服务等任何事项的申诉。  父母也可以要求召开自愿**调解**会议。调解会议是一个非正式、公正和非对抗性的争议解决程序。虽然鼓励调解，但这不是必需的。在提出相关程序申请之前或申诉过程中，可以随时申请调解。调解申请不会推迟进行相关程序听证的时间表，也不会剥夺父母进行相关程序听证的权利。  ***NC ITP 儿童和家庭权利通知***包含了州申诉程序的完整描述。 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 发送至：  Early Intervention Section Part C Director  Division of Child and 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 State Office | | |  | |
|  |  |  | |  | |  |