



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

行政正当程序投诉通知 IDEA C 部分(2014年前)

此表格用于向作为牵头机构或早期干预服务 (EIS) 提供者的州教育厅厅长办公室 (OSSE) 或家长提供有关残疾儿童的身份识别、评估或教育安置, 或为 2 岁以下儿童提供的免费适当的公共教育等任何相关事宜的正当程序投诉通知。在当事人或代表当事人的律师提交符合《残障人士教育法案》(IDEA) 要求的正当程序投诉通知之前, 当事人不能召开正当程序听证会。参见《美国联邦法规》(CFR) 第34 篇第303 部分(IDEA C 部分) 。

发起针对 OSSE 的投诉的家长必须通过传真 (202)299134 向 OSSE 的总法律顾问办公室提供填写完成的行政正当程序投诉通知。如需更多信息, 请致电 -7756 联系 (202) 724 OSSE。

投诉副本必须在向 OSSE 提交投诉的当天提供给争议解决办公室 (ODR)。ODR 于工作日上午 8:30 至下午 5:00 之口收到投口口投口概为在收到当日提交。如果未能在同一天向 ODR 提供副本, 则将导致解决投诉的正当程序听证会时间表的启动延迟。正当程序投诉中指控的违规行为必须发生在 OSSE 或家长获悉或应获悉作为投诉依据的排替行为之日的前两 (2) 年内。

除非另一方同意, 否则请求正当程序听证会的一方不得在正当程序听证会上提出未在此行政正当程序投诉通知中提出的问题。因此, 请详细提供所要求的信息。

在进行公正的正当程序听证会之前, OSSE 应与家长召开会议 (称为“决议会议”), 除非家长和 OSSE 皆以书面形式同意放弃本次会议。将与您联系以安排与 OSSE 的会议。

我理解, 我有权通过决议会议来解决此投诉。我也理解, 如果我愿意, 我可以自愿放弃这项权利。(注意: 各当事人必须都同意放弃决议会议, 方可不必召开此会议。)

- 作为家长, 我愿意放弃决议会议, 但保留 30 天的决议期。
- 作为家长, 我愿意放弃决议会议, 并结束 30 天的决议期, 直接进入正当程序听证程序。

IDEA

要求, 若任何时候当事方要求召开正当程序听证会, 则必须向家长提供免费调解。双方可以要求调解作为决议会议的替代方案。在召开正当程序听证会之前也可以进行调解, 但不得通过调解来拒绝或延迟家长对召开正当程序投诉听证会的权利。请勾选所有适用选项。

- 我要求调解作为决议会议的替代方案。
- 我仅要求调解服务。
- 我此时不想使用调解员。

A. 儿童信息

儿童姓名: _____ 出生日期: _____
 地址: ¹ _____ 种族 (可选): _____
 _____ 性别: (可选) _____

所在学区: (-8) _____

学生家长 / 监护人: _____

为儿童服务的 E IS 提供者名称: OSSE
 (以及为儿童服务的特定签约 E IS 提供者名称): _____

B. 提出投诉 / 申请正当程序听证会的申请人

姓名: _____ 家庭电话: _____
 地址: _____ 工作电话: _____
 _____ 传真: _____
 _____ 电子邮件: _____

- 与儿童的关系: 家长 OSSE (作为牵头机构或 E IS 提供者)
- 法定监护人 家长代理人

¹如果学生无家可归, 请提供可用的联系信息, 以及学生就读的学校名称。

²如果学生是未成年人。

家长辩护人

C. 法律代表 / 律口(如适用) :

姓名: _____

工作电话: _____

地址: _____

传真: _____

电子邮件: _____

律师 / 法律代表是否会出席决议会议? [勾选一项] 是 否

D. 投诉对象 (请勾选所有适用选项) :

OSSE (作为牵头机构或 E IS 提供者)

家长

E. 投诉事实和理由:

根据《残障人士教育法案》(IDEA), 填写以下 。提供有关支持您声明的所有事实的完整 信息。 提供所要求的信息。(如果需要,您可以附加其他页面):

1. 问题的本质是什么,包括与需要在决议会议、调解会议和 _____ /或正当程序听证会中解决的问题有关的事实。

2. 据您目前所知,此问题应如何解决?

3. 提出的问题 (请具体说明。除非另一方同意,否则不得在正当程序听证会上提出未在本投诉中确定的任何问题。)

F. 听证会所需的估计时间:

争议解决办公室 (ODR) 会将听证会时间安排在8小时内。如果您需要更多或更少的时间, 请在下面说明您需要的时间长度:

我需要 _____ 小时/_____ 天才能完成听证会。

G. 需要便利安排和辅助:

请列出您在决议会议、调解会议或正当程序听证会上可能需要的任何便利安排:

口译员 (请注明类型): _____

特殊交流方式 (请说明类型): _____

残障人士特别便利安排 (请说明类型): _____

其他: _____

- 如果任何一方担心其在正当程序听证会、口解或口口会口期口的安全, 口在程序开始之前, 他口可以向 ODR 口求在口定日期提供安全服口。口求必口以口面形式提交, 包括明确的理由, 并同口口送口子口件至 hearing.office@dc.gov 向 ODR 提交口求福体。

H. 放弃程序保障 (可选):

口我 (家长 /监护人) 在此放弃获得程序保障措施副本的权利。
我理解放弃这项权利是可选的, 而不是提交此投诉所必需的。

I. 家长或 OSSE 提供者签名和确认:

我确认此表格中提供的信息是真实无误的。

家长 / 监护人签名

日期

作为牵头机构或 EIS 提供者的
OSSE 代表签名
(如果听证会是由 OSSE 申请召开)

日期

J. 律师 / 法定代表人签名 (如果申请方不是由律师/辩护人代表, 则不需要):

律师 / 法定代表人签名

日期

K. 法律援助

您可以在 www.osse.dc.gov 上找到可提供免费法律服务的提供者名单。您还可以致电 ODR 以索取该名单的纸质副本。

-3819202698

**请通过邮件、传真、电子邮件或亲自递送此投诉通知至:
争议解决办公室**

1050 First Street, NE, 3rd Floor, Washington, DC 20002

传真: (202) 472956

电子邮件: Hearing.Office@dc.gov