



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**중재 요청**

수신: Director

**Office of Special Education (OSE)**

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

이메일: [osepdisputeresolution@doe.nj.gov](mailto:osepdisputeresolution@doe.nj.gov)

전화번호: 609-376-9061

팩스번호: 609-984-8422

**주의 사항:** [IDEA 2004](#)에 따라, 학부모님은 요청된 정보를 최대한 완전하고 정확하게 작성해야 합니다.

학부모님은 식별, 평가, 자격 요건, 분류, 배치, 자녀분을 대상으로 하는 프로그램 및/또는 관련 서비스 제공에 대한 의견 불일치에 대한 구체적인 사유를 명시해야 합니다. 또한 학부모님은 접수 시 당사자가 알고 있고 사용할 수 있는 범위까지 문제에 대한 제안된 해결책을 명시해야 합니다.

**전체 요청**은 OSE에 제출해야 하며 전체 요청의 사본 1부도 자녀분을 담당하고 있는 교육구에도 제출해야 합니다. 요청은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다.

**주의 사항:** 문제의 성격과 제안된 해결책을 설명하기 위해 PDF 형식으로 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. 별첨을 OSE에 제출하지 마십시오. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

*학부모/후견인 이름	*주소 도시, 주, 우편번호	이메일
		*기본 전화번호
		대체 전화번호
		팩스번호
*학생 이름	학생 주소(학부모의 주소와 다른 경우)	*생년월일  학생이 18세 이상인 경우, 성인 학생이 이 요청을 제기하는 것이 아닌 한 성인 권한 부여 및 후견인 자격 명령이 필요합니다.

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

*학생을 담당하는 학군	카운티 이름	학생이 현재 재학 중인 학교의 이름 및 위치
<input type="checkbox"/> 대리인 또는 <input type="checkbox"/> 변호인의 대리 유무를 표시해 주십시오. 만일 대리를 받는다면 연락처 정보를 아래에 입력해 주십시오.		
대리인 또는 변호인의 이름	주소 도시, 주, 우편번호	이메일
		전화번호
		팩스번호
학생이 IEP를 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
학생이 504 플랜을 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
*문제의 성격과 문제와 관련된 사실들에 대한 설명을 제시해 주십시오.		

\*이 문제를 해결할 수 있는 방법에 대한 설명을 제시해 주십시오.

\*본 요청의 사본을 학생을 담당하는 교육구에 보냈습니다.

\*요청을 수신하는 개인

\*직위/직책

\*주소

\*학부모/후견인 서명

\*날짜

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**적법 절차에 의한 심리 요청**

수신: Director

**Office of Special Education (OSE)**

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

이메일: [osepdisputeresolution@doe.nj.gov](mailto:osepdisputeresolution@doe.nj.gov)

전화번호: 609-376-9061

팩스번호: 609-984-8422

**주의 사항:** [IDEA 2004](#)에 따라, 학부모님은 요청된 정보를 최대한 완전하고 정확하게 작성해야 합니다.

학부모님은 식별, 평가, 자격 요건, 분류, 배치, 자녀분을 대상으로 하는 프로그램 및/또는 관련 서비스 제공에 대한 의견 불일치에 대한 구체적인 사유를 명시해야 합니다. 또한 학부모님은 접수 시 당사자가 알고 있고 사용할 수 있는 범위까지 문제에 대한 제안된 해결책을 명시해야 합니다.

**전체 요청**은 OSE에 제출해야 하며 전체 요청의 사본 1부도 자녀분을 담당하고 있는 교육구에도 제출해야 합니다. 요청은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다.

**주의 사항:** 문제의 성격과 제안된 해결책을 설명하기 위해 PDF 형식으로 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. 별첨을 OSE에 제출하지 마십시오. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

*학부모/후견인 이름	*주소 도시, 주, 우편번호	이메일
		*기본 전화번호
		대체 전화번호
		팩스번호
*학생 이름	학생 주소(학부모의 주소와 다른 경우)	*생년월일
		학생이 18세 이상인 경우, 성인 학생이 이 요청을 제기하는 것이 아닌 한 성인 권한 부여 및 후견인 자격 명령이 필요합니다.

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

*학생을 담당하는 학군	카운티 이름	학생이 현재 재학 중인 학교의 이름 및 위치
<input type="checkbox"/> 대리인 또는 <input type="checkbox"/> 변호인의 대리 유무를 표시해 주십시오. 만일 대리를 받는다면 연락처 정보를 아래에 입력해 주십시오.		
대리인 또는 변호인의 이름	주소 도시, 주, 우편번호	이메일
		전화번호
		팩스번호
학생이 IEP를 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
학생이 504 플랜을 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
<b>분쟁 해결에 대한 중요한 정보:</b> 학부모가 적법 절차 심리를 요청하면 교육구는 적법 절차 심리 일정을 잡기 전에 해당 사안을 해결할 기회를 부여받습니다. <b>교육구는 적법 절차 심리 요청을 수신한 지 역일 기준 15일 이내에 해결 세션을 주재해야 하고 학부모님은 참여해야 합니다.</b> 학부모님과 교육구는 해결 세션 대신에 OSE가 주재하는 중재에 참여하기로 결정하거나 양 당사자는 역일 기준 30일의 해결 기간을 포기하고 적법 절차 심리로 진행하기로 합의할 수 있습니다.		
본 통지 수신 시, 교육구 대표는 학부모님에게 연락하여 해결 세션을 주선해야 합니다. 학부모님이 교육구가 다른 해결 옵션을 고려하기를 원하는 경우, 다음 중 하나를 선택해 주십시오. <p><input type="checkbox"/> 본인은 해결 세션 대신에 OSE가 실시하는 중재 컨퍼런스를 요청합니다. 교육구가 해결 세션 대신 중재에 동의하는 경우, 교육구 대표는 중재 컨퍼런스의 일정 수립을 용이하게 하기 위해 OSE에 (609) 376-9061번 또는 이메일 <a href="mailto:mediationscheduler@doe.nj.gov">mediationscheduler@doe.nj.gov</a>로 연락해야 합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 해결 컨퍼런스 권리를 포기하고 본인은 적법 절차 심리를 직접 진행하고자 합니다.</p>		
아래에 서명함으로써, 본인은 역일 기준 30일의 해결 기간을 포기하며, 여기에는 해결 세션 및/또는 중재 컨퍼런스에 참여할 기회가 포함됩니다. 교육구의 승인된 대표자 역시 서면으로 해결 기간을 포기하는 데 동의해야 합니다. <p>서명: _____</p> <p>날짜: _____</p>		

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

\*문제의 성격과 문제와 관련된 사실들에 대한 설명을 제시해 주십시오.

\*이 문제를 해결할 수 있는 방법에 대한 설명을 제시해 주십시오.

\*본 요청의 사본을 학생을 담당하는 교육구에 보냈습니다.

\*요청을 수신하는 개인

\*직위/직책

\*주소

\*학부모/후견인 서명

\*날짜

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**적법 절차에 의한 신속 심리 요청 \*\***

수신: Director

**Office of Special Education (OSE)**

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

이메일: [osepdisputeresolution@doe.nj.gov](mailto:osepdisputeresolution@doe.nj.gov)

전화번호: 609-376-9061

팩스번호: 609-984-8422

**주의 사항:** [IDEA 2004](#)에 따라, 학부모님은 요청된 정보를 최대한 완전하고 정확하게 작성해야 합니다.

학부모님은 식별, 평가, 자격 요건, 분류, 배치, 자녀분을 대상으로 하는 프로그램 및/또는 관련 서비스 제공에 대한 의견 불일치에 대한 구체적인 사유를 명시해야 합니다. 또한 학부모님은 접수 시 당사자가 알고 있고 사용할 수 있는 범위까지 문제에 대한 제안된 해결책을 명시해야 합니다.

**전체 요청**은 OSE에 제출해야 하며 전체 요청의 사본 1부도 자녀분을 담당하고 있는 교육구에도 제출해야 합니다. 요청은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다.

**주의 사항:** 문제의 성격과 제안된 해결책을 설명하기 위해 PDF 형식으로 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. 별첨을 OSE에 제출하지 마십시오. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

*학부모/후견인 이름	*주소 도시, 주, 우편번호	이메일
		*기본 전화번호
		대체 전화번호
		팩스번호
*학생 이름	학생 주소(학부모의 주소와 다른 경우)	*생년월일  학생이 18세 이상인 경우, 성인 학생이 이 요청을 제기하는 것이 아닌 한 성인 권한 부여 및 후견인 자격 명령이 필요합니다.

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

\*\*신속 적법 절차 심리 요청은 징계 사안을 위한 것입니다. *N.J.A.C. 6A:14-2.7(m)*

*학생을 담당하는 학군	카운티 이름	학생이 현재 재학 중인 학교의 이름 및 위치
<input type="checkbox"/> 대리인 또는 <input type="checkbox"/> 변호인의 대리 유무를 표시해 주십시오. 만일 대리를 받는다면 연락처 정보를 아래에 입력해 주십시오.		
대리인 또는 변호인의 이름	주소 도시, 주, 우편번호	이메일 전화번호 팩스번호
학생이 IEP를 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
학생이 504 플랜을 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
<b>신속 적법 절차 심리와 관련된 중요 정보:</b> 학부모가 신속 적법 절차 심리를 요청하면 교육구는 적법 절차 심리 일정을 잡기 전에 해당 사안을 해결할 기회를 부여받습니다. <b>학군은 적법 절차 심리 요청을 수신한 지 7일 이내에 해결 세션을 주재해야 하고 학부모님은 참여해야 합니다.</b> 학부모님과 교육구는 해결 세션 대신에 OSE가 주재하는 중재에 참여하기로 결정하거나 양 당사자는 해결 기간을 포기하고 신속 적법 절차 심리로 진행하기로 합의할 수 있습니다.		
본 통지 수신 시, 교육구 대표는 학부모님에게 연락하여 해결 세션을 주선해야 합니다. 학부모님이 교육구가 다른 해결 옵션을 고려하기를 원하는 경우, 다음 중 하나를 선택해 주십시오. <input type="checkbox"/> 본인은 해결 세션 대신에 OSE가 실시하는 중재 컨퍼런스를 요청합니다. 교육구가 해결 세션 대신 중재에 동의하는 경우, 교육구 대표는 중재 컨퍼런스의 일정 수립을 용이하게 하기 위해 OSE에 (609) 376-9061번 또는 이메일 <a href="mailto:mediationscheduler@doe.nj.gov">mediationscheduler@doe.nj.gov</a> 로 연락해야 합니다. <input type="checkbox"/> 해결 컨퍼런스 권리를 포기하고 본인은 적법 절차 심리를 직접 진행하고자 합니다.		
아래에 서명함으로써, 본인은 해결 기간을 포기하며, 여기에는 해결 세션 및/또는 중재 컨퍼런스에 참여할 기회가 포함됩니다. 교육구의 승인된 대표자 역시 서면으로 해결 기간을 포기하는 데 동의해야 합니다.  서명: _____ 날짜: _____		

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

\*\*신속 적법 절차 심리 요청은 징계 사안을 위한 것입니다. N.J.A.C. 6A:14-2.7(m)

\*문제의 성격과 문제와 관련된 사실들에 대한 설명을 제시해 주십시오.

\*이 문제를 해결할 수 있는 방법에 대한 설명을 제시해 주십시오.

\*본 요청의 사본을 학생을 담당하는 교육구에 보냈습니다.

\*요청을 수신하는 개인

\*직위/직책

\*주소

\*학부모/후견인 서명

\*날짜

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

\*\*신속 적법 절차 심리 요청은 징계 사안을 위한 것입니다. *N.J.A.C. 6A:14-2.7(m)*



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**비상 구제 요청**

적법 절차 심리 분쟁에서 기초가 되는 이슈에 대한 최종 결정 대기 중에 잠정(임시) 결정이 필요할 때 작성해야 합니다.

**주의 사항:** 비상 구제는 N.J.A.C. 6A:14-2.7<sup>®</sup>에 따라 기초가 되는 적법 절차 심리 완료 대기 중에 임시 잠정 명령이 필요한 경우에만 신청할 수 있습니다. 적법 절차에 의한 심리 요청을 아직 요청하지 않은 경우, 학부모님은 비상 구제 요청과 함께 적법 절차 심리 요청을 제출해야 합니다.

비상 구제 요청을 위한 요건을 충족하려면 아래 양식에 필요한 정보를 작성하십시오. 비상 구제를 구하는 청원자의 선서 진술서 또는 공증된 진술을 대신한 인증서도 본 요청서와 함께 제출해야 합니다. 모든 필수 양식은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다..

**주의 사항:** PDF 양식의 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

비상 이슈의 성격 및 모든 관련 사실을 설명하십시오.

이 문제를 어떻게 해결할 수 있는지 설명하십시오.

본 요청의 사본을 학생을 담당하는 교육구에 보냈습니다.

상대방의 이름과 전체 주소 및 전화번호



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**\*비상 구제를 구하는 청원자의 선서 진술서 또는 공증된 진술을 대신한 인증서**

수신: Director

**Office of Special Education (OSE)**

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

이메일: [osepdisputeresolution@doe.nj.gov](mailto:osepdisputeresolution@doe.nj.gov)

전화번호: 609-376-9061

팩스번호: 609-984-8422

**전체 요청**은 OSE에 제출해야 하며 전체 요청의 사본 1부도 자녀분을 담당하고 있는 교육구에도 제출해야 합니다. 요청은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다.

**주의 사항:** PDF 양식의 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

\_\_\_\_\_ 본인은 성년으로서, 다음 사항을 증명합니다.

(청원자의 전체 이름)

1. 본인은 다음에 해당합니다(해당되는 것 체크 표시).

성인 학생  학부모  법적 후견인  대리인  변호인

\_\_\_\_\_ (미성년 학생 또는 교육구의 전체 이름)

2. 본인은 본 인증서에 첨부된 본인의 비상 구제 요청에 대한 근거로 본 인증을 합니다.

3. 본인은 교육부에서 반포한 규정 ([N.J.A.C. 6A:14-2.7\(r\)](#)) 및 행정법실 규정 ([N.J.A.C. 1:6A-12.1](#))에 따라 이해합니다.

4. 본인은 논란의 사안에 다음 이슈 중 하나 이상이 관련되었기 때문에 비상 구제를 받을 자격이 있다고 생각합니다. (해당되는 항목 모두 체크 표시)

- 서비스 제공 중단과 관련된 이슈  
 징계 조치와 관련된 이슈, 징후 판단 및 중간 대체 교육 설정 결정 포함  
 적법 절차 소송의 결과 대기 중 배치와 관련된 이슈  
 졸업식 또는 졸업식 참여와 관련된 이슈

5. 본인은 [N.J.A.C. 1:6A-12.1](#)에 따라 비상 구제가 행정법 판사가 증거로부터 다음과 같이 결정하는 경우 인정될 수 있음을 이해합니다.

- a. 요청된 구제가 인정되지 않을 경우, 청원자는 회복할 수 없는 피해를 입게 됨
- b. 청원자의 청구의 기초가 되는 법적 권리가 결정됨
- c. 청원자가 기초가 되는 청구의 장점을 근거로 승소할 가능성이 있음
- d. 당사자들의 이권과 이해관계가 균형 관계에 있을 때, 요청된 구제가 인정되지 않을 경우 청원자가 응답자에 비해 더 큰 피해를 입게 됨

6.  본인은 비상 구제 요청을 완료했고 뉴저지주 교육부에 비상 구제 요청에 필요한 관련 정보를 제공했습니다.

7. 본인은 비상 구제 요청 사본을 작성 및 서명하여 응답자에게 제공했습니다

응답자의 이름(정자체로 기재)

**주의 사항:** 학부모 또는 후견인이거나 대리하는 경우, 학생의 거주지 교육구의 교육감에게 사본을 제공해야 합니다. 교육구를 대리하는 경우, 대리인/학부모 또는 후견인/성인 학생에게 사본을 제공해야 합니다.

응답자의 전체 주소:

응답자에게 제출한 날짜:

본인은 상기 진술이 본인의 진술이고 사실임을 증명합니다. 본인은 본인이 한 상기 진술 중 하나라도 고의적 허위 진술인 경우 처벌을 받을 것임을 인지하고 있습니다.

(청원자의 서명) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**중재 합의 시행 요청**

수신: Director

**Office of Special Education (OSE)**

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

이메일: [osepdisputeresolution@doe.nj.gov](mailto:osepdisputeresolution@doe.nj.gov)

전화번호: 609-376-9060

팩스번호: 609-984-8422

**중요:**

- **OSE**는 시행 요청과 관련하여 조치를 취할 수 있게 되기 전에 중재 합의서 사본을 가지고 있어야 합니다.
- 중재 합의서의 일부분이 이후 당사자들의 합의에 의해 수정되는 경우, 합의서의 해당 부분에 대해 시행을 구할 수 없습니다.
- 시행 요청은 **OSE**에 중재 합의서의 시행 대상 내에서 필요한 조치를 지시한 날짜로부터 역일 기준 늦어도 90일째 되는 날까지 해야 합니다. 요청이 적시에 이루어지지 않는 경우, **OSE**는 요청을 시행할 수 없습니다.
- **전체 요청**은 OSE에 제출해야 하며 전체 요청의 사본 1부도 자녀분을 담당하고 있는 교육구에도 제출해야 합니다. 요청은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다.

PDF 양식의 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

<b>학생과의 관계: (하나만 체크 표시)</b> <input type="checkbox"/> 학부모/후견인 <input type="checkbox"/> 대리인 <input type="checkbox"/> 변호인		
<b>발신자(아래에 이름 입력 요망)</b>	<b>주소 도시, 주, 우편번호</b>	<b>이메일</b>
		<b>집 전화번호</b>
		<b>직장 전화번호</b>
		<b>팩스번호</b>
<b>중재 합의 날짜란 무엇입니까?</b> _____		
중재 합의서에 서명하고 나서, 당사자들이 원래 중재 합의를 수정하는 합의에 도달했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (예인 경우 아래에 설명해 주십시오. 필요한 경우 페이지 추가)		

시행하고자 하는 조치를 언제 시행하라고 지시했습니까?

이후 중재 또는 적법 절차 심리에 현재 관여하고 있거나 최근에 요청하셨습니까?

예  아니요

최근에 중재 또는 적법 절차 심리를 요청하신 적이 있다면, 이후 의견 불일치의 주제는 무엇입니까?

교육 기관에서 실행하지 않았다고 생각하는 결정의 특정 조항(페이지와 항 기재)을 간단하게 진술하십시오.

시행 요청을 수신하면, OSE는 응답 교육구에 요청서 사본을 전달할 것입니다. 적절한 경우, 교육구는 학부모와 함께 요청을 해결할 기회를 갖게 될 것입니다. 그 사안이 당사자들에 의해 적시에 만족스럽게 해결되지 않은 경우, 교육구는 OSE에 규정 준수 증거를 제출하라는 지시를 받을 것입니다. OSE는 결정 실행을 결정합니다. 교육구가 결정 또는 결정의 일부를 실행하지 않았다고 판단되는 경우, OSE는 교육구에 결정 또는 적절한 경우 결정의 일부를 실행하도록 명령합니다.

학부모/후견인 서명

날짜



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**행정법실에서 발부한 결정 시행 요청**

수신: Director  
**Office of Special Education (OSE)**  
 NJ Department of Education  
 P.O. Box 500  
 Trenton, NJ 08625-0500  
 이메일: [osepdisputeresolution@doe.nj.gov](mailto:osepdisputeresolution@doe.nj.gov)  
 전화번호: 609-376-9060  
 팩스번호: 609-984-8422

**중요:**

- **OSE**는 시행 요청과 관련하여 조치를 취할 수 있게 되기 전에 **ALJ**의 결정 사본을 가지고 있어야 합니다.
- 결정의 일부분이 이후 당사자들의 합의에 의해 수정되는 경우, 결정의 해당 부분에 대해 시행을 구할 수 없습니다.
- 시행 요청은 **OSE**에 심리 결정의 시행 대상 내에서 필요한 조치를 지시한 날짜로부터 역일 기준 늦어도 90일째 되는 날까지 해야 합니다. 요청이 적시에 이루어지지 않는 경우, **OSE**는 요청을 시행할 수 없습니다.
- **전체 요청**은 OSE에 제출해야 하며 전체 요청의 사본 1부도 자녀분을 담당하고 있는 교육구에도 제출해야 합니다. 요청은 OSE에 이메일, 팩스 또는 우편을 통해 제출할 수 있습니다.

주의 사항: PDF 양식의 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

학생과의 관계: (하나만 체크 표시)		
<input type="checkbox"/> 학부모/후견인	<input type="checkbox"/> 대리인	<input type="checkbox"/> 변호인
청원자	주소 도시, 주, 우편번호	이메일
		*기본 전화번호
		대체 전화번호
		팩스번호
ALJ의 결정 날짜: _____		

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

결정 발부 이후, 당사자들은 결정 또는 명령의 조건을 수정하는 합의에 도달했습니까? \_\_ 예 \_\_ 아니요 (예인 경우 아래에 설명해 주세요).

시행하고자 하는 조치를 언제 시행하라고 지시했습니까?

---

중재 또는 적법 절차 심리에 현재 관여하고 있거나 최근에 요청하셨습니까?

\_\_ 예 \_\_ 아니요

(예인 경우, 기관 참조 번호를 알고 있다면 제공해 주세요) \_\_\_\_\_

최근에 이후 중재 또는 적법 절차 심리를 요청하신 적이 있다면, 의견 불일치의 주제는 무엇입니까?

실행되지 않았다고 생각하는 결정의 특정 조항(페이지와 항 기재)을 간단하게 진술하십시오.

시행 요청을 수신하면, OSE는 응답 교육구에 요청서 사본을 전달할 것이며, 적절한 경우 학부모와 요청을 해결할 기회를 가질 것입니다. 하지만 그 사안이 당사자들에 의해 적시에 만족스럽게 해결되지 않은 경우, 교육구는 결정 실행을 확인하기 위해 OSE에 제출하라는 지시를 받을 것입니다. 교육구가 결정 또는 결정의 일부를 실행하지 않았다고 판단되는 경우, OSE는 교육구에 결정 또는 적절한 경우 결정의 일부를 실행하도록 명령합니다.

학부모/후견인 서명

날짜:

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.



**STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION  
OFFICE OF SPECIAL EDUCATION**

**민원 조사 요청**

수신: Director

**Office of Special Education (OSE)**

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

이메일: [specialeducationcomplaints@doe.nj.gov](mailto:specialeducationcomplaints@doe.nj.gov)

전화번호: 609-376-9060

팩스번호: 609-984-8422

**OSE**는 우편, 팩스 및 이메일로 민원 조사 요청을 접수합니다. 이메일을 보내려면, 민원 조사 요청을 작성하여 [specialeducationcomplaints@doe.nj.gov](mailto:specialeducationcomplaints@doe.nj.gov)로 이메일을 보낼 수 있습니다.

PDF 양식의 추가 페이지를 이메일에 첨부할 수 있습니다. Adobe Acrobat Reader는 <https://get.adobe.com/reader/>에서 무료 다운로드할 수 있는 문서 판독 소프트웨어입니다.

*민원인의 이름	*주소 도시, 주, 우편번호	*이메일
		*기본 전화번호
		대체 전화번호
		팩스번호
학생과의 관계(특정 학생과 관련된 위반 혐의를 주장하는 경우)  <input type="checkbox"/> 학부모/후견인  <input type="checkbox"/> 대리인  <input type="checkbox"/> 변호인  <input type="checkbox"/> 기타	*학생의 이름(및/또는 위반 혐의의 영향을 받는 학생의 집단을 명시):	
	학생의 생년월일	

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

**\*특정 학생과 관련된 위반 혐의를 주장하는 경우, 학생의 주소(민원인과 다른 경우)를 제공하십시오. 학생이  
노숙자인 경우, 아동이 재학 중인 학교의 이름을 포함하여 사용 가능한 연락처 정보를 제공해 주십시오.**

학생을 담당하는 교육구

카운티

\*학생이 재학 중인 학교

**1. 적용되는 진술이 무엇인지 체크 표시해 주십시오.**

본인은 적법 절차 심리에 현재 관여하고 있거나 최근에 요청했습니다. 기관 참조 번호(알고 있는 경우)  
\_\_\_\_\_.

본인은 요청서 사본을 동봉했습니다.

본인은 적법 절차 심리 접수를 고려하고 있습니다. 접수할 경우, 요청서 사본을 보내겠습니다.

본인은 적법 절차 심리 접수를 계획하고 있지 않습니다.

**주의 사항:** 민원 조사 요청에 포함되지 않고 적법 절차 심리의 대상이기도 한 모든 이슈는 해당 분쟁이 해결될 때까지 보류할 수 있습니다.

**주의 사항:** 행정법 판사가 이슈에 대해 판결을 내리는 경우, 해당 판결에는 구속력이 있습니다.

**\*2. 발생했다고 생각되는 특수교육법 또는 규정의 각 위반을 간략하게 진술하십시오. 추가 정보 또는 문서를 첨부하기로 선택했다 하더라도, 자신의 관점에서 위반 혐의 사항을 요약해야 합니다.**

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

<p><b>3. 위반 혐의가 발생한 기간 또는 날짜를 명시하십시오.</b></p> <hr/> <p><i>주의 사항:</i> 위반 혐의 날짜로부터 민원을 제출할 때까지 1년의 기간이 있습니다.</p>	<p><b>4. 위반 혐의 사항이 현재 지속되고 있습니까?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 예      <input type="checkbox"/> 아니요</p>
<p><b>*5. 관련된 사실을 설명하십시오.</b> 교육구에서 IEP를 실행하지 않았다고 주장하는 경우, 전체 IEP의 사본을 포함시켜 주십시오(우편으로 보낼 경우 첨부/온라인으로 제출하는 경우 업로드). 위반 사실을 확인하는 데 도움이 되는 교육구에서 받은 다른 서면 문서가 있는 경우, 첨부해 주십시오.</p>	
<p><b>*6. 특정 아동과 관련하여 위반 혐의를 주장하는 경우, 현재 알고 있는 범위 내에서 사용 가능한 경우 이슈를 어떻게 해결할 수 있는지 설명해 주십시오. 제도 위반 혐의를 주장하는 경우, 필수는 아니지만 제도 위반 사항을 어떻게 해결할 수 있는지 설명하면 해결을 용이하게 만들 수 있습니다. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.</b></p>	

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.

**주의 사항:** 특정 학생 또는 특정 교육구/교육 기관과 관련하여 위반 혐의를 주장하는 경우, 교육부에 접수한 동시에 민원을 제기하는 대상인 교육구/교육 기관의 교육감에게 이 민원의 사본을 전달해야 합니다. 아래에서 해당되는 내용을 기입하십시오.

<input type="checkbox"/> 민원 요청의 사본이 이메일로 전송되었습니다. <input type="checkbox"/> 민원 요청의 사본이 우편으로 전송되었습니다. <input type="checkbox"/> 민원 요청서의 사본이 인편으로 배달되었습니다.	*수신자 이름:
	*수신자에게 보낸 날짜:
<p>뉴저지주 행정법 6A:14-9.2(b)에 따라, 특수교육과에서 적절한 교육 기관에 사본이 제공되었음을 통지받을 때까지는 민원이 처리될 수 없습니다</p>	
*요청을 제출하는 개인의 서명: [전자서명]	*날짜:

\*별표 표시된 항목은 필수 항목입니다.