

Departamento de Salud del Estado de New Jersey
OFICINA DE GARANTÍAS PROCESALES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA
Apartado Postal 364
Trenton, NJ 08625-0364
Teléfono (gratuito): 877-258-6585
Fax: 609-292-0296

SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE RECLAMO FORMAL

Nombre de la Persona/Organización que efectúa el reclamo		Fecha	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre del niño (si aplica)		Fecha de nacimiento del niño (si aplica)	
Teléfono	Fax	Dirección electrónica (opcional)	

Este formulario registra la opción seleccionada que inicia el proceso apropiado de resolución de cualquier reclamo formal. Por favor, provea la información solicitada en este formulario; fírmelo; póngale fecha y envíelo a la Oficina de Garantías Procesales a la dirección arriba indicada. Los padres pueden solicitar ayuda para llenar este formulario, poniéndose en contacto con su respectiva Unidad de Coordinación del Servicio; con el Colaborativo Regional de Intervención Temprana (REIC, por sus siglas en inglés) y/o con la Oficina de Garantías Procesales. El documento sobre Derechos de la Familia del Sistema de Intervención Temprana del Estado de New Jersey (NJEIS, por sus siglas en inglés), así como una breve descripción de opciones para plantear una Resolución de Reclamo Formal, se encuentran en <http://nj.gov/health/fhs/eis/procsafeguards.shtml>.

OPCIÓN(ES) DE RESOLUCIÓN DE RECLAMO FORMAL

Sólo mediación

Audiencia de debido proceso (la solicitud debe hacerse dentro de un año de la fecha de la supuesta acción)
 Marque aquí si usted desea inicialmente intentar resolver el reclamo mediante mediación.

Queja administrativa (la solicitud debe hacerse dentro de un año de la fecha de la supuesta acción)
 Marque aquí si usted quiere intentar resolver el reclamo mediante mediación.

Marque aquí si usted planea tener asistencia de un defensor. La oficina principal no se hace responsable de los honorarios de abogado incurridos.

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE RECLAMO FORMAL
(Continuación)**

NOMBRE DEL PROVEEDOR/ORGANIZACIÓN CONTRA QUIENES SE HACE LA DENUNCIA		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Dirección electrónico (opcional)	
Otras Partes involucradas en el reclamo (si es necesario)		
DECLARACIÓN DE DESACUERDO		
<p>Por favor proporcione una descripción escrita del(os) punto(s) de desacuerdo al amparo de la Parte C del Sistema de Intervención Temprana del Estado de New Jersey, incluyendo los asuntos relacionados con la identificación, evaluación y valoración, determinación de elegibilidad, colocación del niño y provisión de servicios apropiados de intervención temprana al niño y/o familia. Sea lo más específico posible.</p>		

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE RECLAMO FORMAL
(Continuación)**

HECHOS RELEVANTES DE LA DECLARACIÓN ESCRITA DE DESACUERDO

Por favor proporcione una descripción escrita de los hechos en que se basa su declaración escrita de desacuerdo e identifique cualquier información pertinente (sean los IFSP, correspondencia escrita, evaluaciones/valoraciones) que pueden servir para verificar sus puntos de desacuerdo. Sea lo más específico posible.

SOLUCIÓN(ES) A LOS PUNTOS DE INTERÉS

Por favor proporcione una propuesta de resolución(es) que podría resolver sus puntos de interés. Usted debe suministrar información adicional sea oral o por escrito acerca de sus puntos de interés. Sea lo más específico posible.

*****Entiendo que la Parte que presenta el reclamo debe remitir una copia del mismo a la entidad pública o al proveedor/organización al mismo tiempo en que el reclamo es presentado a la Oficina de Garantías Procesales.**

Firma

Fecha