

Departamento de Salud del Estado de New Jersey
Sistema de Intervención Temprana
Apartado Postal 364
Trenton, NJ 08625-0364

**ACUERDO ALCANZADO
SOLICITUD DE RETIRO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMO**

Nombre de Persona/Organización que presentó el reclamo	Fecha
Agencia participante/proveedor contra quien(es) se presentó el reclamo	
Naturaleza del reclamo	
Disposiciones/medidas acordadas para:	

He revisado y discutido la información anterior con _____ .
Acepto que se han acordado medidas adecuadas para dar solución a mi(s) punto(s) de interés. Por lo tanto, retiro mi reclamo formal desde este momento.

Entiendo que, en cualquier momento, puedo volver a presentar este reclamo si las medidas acordadas no son llevadas a cabo; si estoy insatisfecho con los resultados o por cualquier otra razón. Entiendo además que puedo presentar un reclamo sobre otros asuntos relacionados con la provisión de servicios de intervención temprana. He recibido una copia de los "Derechos de Familia del Sistema de Intervención Temprana de New Jersey". Estos derechos me han sido explicados y los entiendo.

Firma del Padre(s)	Fecha
--------------------	-------

Agencia/Proveedor acuerdan implementar/realizar las medidas incluidas en este acuerdo.

Firma del coordinador de garantías procesales/persona designada	Fecha
---	-------