

New Jersey Department of Health
EARLY INTERVENTION PROCEDURAL SAFEGUARDS OFFICE
P. O. Box 364
Trenton, NJ 08625-0364
Teléfono (sin cargo): 877-258-6585
Fax: 609-292-9599

SOLICITUD FORMAL DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

Nombre de la persona/organización que presenta la queja	Fecha	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del niño (si corresponde)		Fecha de nacimiento del niño (si corresponde)
Número(s) de teléfono(s)	Número(s) de fax	Dirección de correo electrónico (opcional)

Este formulario documenta la opción seleccionada que inicia el proceso apropiado para resolver cualquier disputa formal. Proporcione la información solicitada en este formulario, fírmelo con la fecha y devuélvalo a la Oficina de Garantías Procesales en la dirección indicada anteriormente. Los padres pueden solicitar ayuda para completar este formulario comunicándose con su Unidad de Coordinación de Servicios, los Colaboradores Regionales de Intervención Temprana y/o la Oficina de Garantías Procesales. El documento de Derechos de la Familia del Sistema de Intervención Temprana de Nueva Jersey (NJEIS, por sus siglas en inglés) y una breve descripción de las opciones para la resolución formal de disputas se pueden encontrar en: <https://www.nj.gov/health/fhs/eis/for-families/safeguards-familyrights/>.

OPCIÓN(ES) DE RESOLUCIÓN FORMAL DE DISPUTAS

<input type="checkbox"/> Solo mediación
<input type="checkbox"/> Audiencia de debido proceso (la solicitud debe realizarse dentro de un año a partir de la fecha de la acción alegada) <input type="checkbox"/> Marque aquí si inicialmente desea intentar resolver la disputa a través de la mediación.
<input type="checkbox"/> Queja administrativa (la solicitud debe realizarse dentro de un año a partir de la fecha de la acción alegada) <input type="checkbox"/> Marque aquí si desea intentar resolver la disputa a través de la mediación.
<input type="checkbox"/> Marque aquí si planea tener representación legal. La agencia principal no es responsable de los honorarios de abogados incurridos.

NOMBRE DEL PROVEEDOR / ORGANIZACIÓN CONTRA LA CUAL SE PRESENTA LA DISPUTA		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono(s)	Dirección de correo electrónico (opcional)	
Otras Partes en disputa (si corresponde)		
DECLARACIÓN DE DESACUERDO		
<p>Proporcione una descripción por escrito de las áreas de desacuerdo bajo el Sistema de Intervención Temprana de Nueva Jersey Parte C, incluidas las inquietudes relacionadas con la identificación, evaluación, determinación de elegibilidad, colocación del niño y la provisión de servicios de intervención temprana apropiados para el niño y/o la familia. Sea lo más específico posible.</p>		

HECHOS QUE RESPALDAN LA DECLARACIÓN DE DESACUERDO

Proporcione una descripción por escrito de los hechos que respaldan su declaración de desacuerdo e identifique cualquier información pertinente (como IFSP, correspondencia escrita, evaluaciones) que pueda verificar sus inquietudes. Sea lo más específico posible.

SOLUCIÓN(ES) A LA(S) ÁREA(S) DE PREOCUPACIÓN

Proporcione una propuesta de resolución que aborde su(s) área(s) de preocupación. Puede enviar información adicional, ya sea oralmente o por escrito, sobre sus inquietudes. Sea lo más específico posible.

*** Entiendo que la parte que presenta la queja debe enviar una copia de la queja a la agencia pública o al proveedor/organización al mismo tiempo que se presenta la queja ante la Oficina de Garantías Procesales.

Firma	Fecha
-------	-------