|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| P1C1T1#yIS1 | Departamento de Instrucción Pública de WisconsinFORMULARIO DE QUEJA SOBRE EL PROGRAMA DE LA LEY DE EDUCACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (IDEA) A NIVEL ESTATALPI-2117 (Rev. 03-21)*Obligatorio por IDEA2004, 34 CFR 300.151-153, 300.509**El uso de este formulario es voluntario.* | **PRESENTACIÓN:** Entregue una copia a su distrito escolar u otra agencia de educación pública. Envíe la copia original y firmada a:DIRECTOR**SPECIAL EDUCATION TEAM**WISCONSIN DEPARTMENT OF PUBLIC INSTRUCTIONP. O. BOX 7841**MADISON, WI 53707-7841**FAX: (608) 267-3746 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FOR DPI USE** | Case No. Assigned | Due Date *Mo./Day/Yr.* | Date Received *Mo./Day/Yr.* |

**INSTRUCCIONES:** Este formulario fue diseñado para ayudar a los padres a presentar una queja del programa IDEA a nivel estatal. Proporcione cada uno de los datos que se le pide. Debe firmar y colocar la fecha de la queja. **Debe alegar una violación que ocurrió no más de un año antes de la fecha en que la queja fue recibida por el departamento.** Las quejas que presente fuera del horario de atención serán marcadas como recibidas el día hábil siguiente. Si deja de proporcionar algún dato puede que retarse la investigación a su queja. El departamento se comunicará con Ud. con respecto a su queja.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **I. DATOS GENERALES** |  |
| Nombre del demandante  | Relación con el niño  | Correo electrónico del demandante  |
| Domicilio *Calle, Ciudad, Estado, Código Postal* (Medio de comunicación preferido: Marque uno[ ]  Correo electrónico [ ]  Correo postal)  | Teléfono diurno *Área/N.º*  |
| Marque uno *Opcional*[ ] Hispano/Latino[ ] No hispano/Latino | Marque todas las opciones que correspondan *Opcional*:[ ] Indio americano/Nativo de Alaska [ ] Asiático [ ] Negro/Afroamericano[ ] Nativo de Hawaii/Otro isleño del Pacífico [ ] Blanco |
| Nombre del niño  | Fecha de nacimiento del niño *Mes/Día/Año*  | \*Dirección de domicilio del niño Calle, Ciudad, Estado, Código Postal  |
| Distrito escolar que corresponde al domicilio del niño  | Nombre de la escuela adonde asiste el niño  |
|  | **II. FIRMA** |  |
| Firma del demandante *Obligatorio* | Fecha en que se firma *Mes/Día/Año.*  |
|  | **III. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA** |  |

Explique el problema que está experimentando el niño con respecto a la acción propuesta e incluya los hechos que correspondan al problema. Indique cómo el distrito escolar (u otra agencia de educación pública) violó la ley estatal o federal de educación especial. Indique la fecha en que transcurrió el evento. Detalle los hechos que apoyen sus afirmaciones. Use hojas adicionales o el dorso de esta hoja si fuera necesario.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **IV. RESOLUCIÓN PROPUESTA** |  |  |  |  |

Resolución propuesta al problema (en la medida que los padres conozcan el problema, en este momento). Use hojas adicionales o el dorso de esta hoja si fuera necesario.