|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| P1C1T1#yIS1 | Departamento de Instrucción Pública de Wisconsin FORMULARIO DE QUEJA SOBRE EL PROGRAMA DE LA LEY DE EDUCACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (IDEA) A NIVEL ESTATAL PI-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.