

## 用于申请公正听证会的正当程序投诉通知表

### 说明

此表格可用于提交正当程序投诉通知（也称为公正听证会申请）。不过，您可选择不使用此表。所有带星号 (\*) 的信息为必填项。请复印两份填妥的表格，并按以下形式提交：

- ⇒ 如果此表格由家长提交，请将表格原件寄送给学区。
- ⇒ 如果此表格由学区提交，请将表格原件寄送给家长。
- ⇒ 此外，请寄送一份表格副本至 New York State Education Department, Office of Special Education, Room 309 EB, 89 Washington Avenue, Albany, New York, 12234, Attention: Due Process Unit。
- ⇒ 请保留一份表格副本以作记录。

**提醒：**您随时可以向您所在学区申请[特殊教育调解](#)，包括在提交正当程序投诉通知之前。

### 听证会申请

听证会申请类型：☐ 初步听证会 ☐ 修正听证会 ☐ 紧急听证会

该学生是否还将参与另一场公正听证会？☐ 是 ☐ 否

如勾选“是”，这场听证会的听证官是谁？

您或该学生家长的另一位代表，是否在过去 12 个月中为该学生提交过正当程序投诉通知（但此通知在之后被撤销）？☐ 是 ☐ 否

如勾选“是”，这场听证会的听证官是谁？

### 学生信息

\*学生姓名（名字/姓氏）： 出生日期（月/日/年）：

学生残障类型：

\*学生住址（所在居住地）：

\*如果学生为无家可归者，（如条件允许）请提供其联系方式（如情况不适用或条件不允许，请输入“N/A”（不适用））：

家长或与该学生存在亲子关系之人的姓名：

家长或与该学生存在亲子关系之人的邮寄地址：

日间联系电话（包括区号）： 电子邮箱：

### 学校信息

\*学生所在学校的名称：

学校代表或联系人姓名（如已知）：

负责提供服务的学区或州机构的名称：

该学区或州机构的邮寄地址：

## 投诉性质

\*请描述导致您申请此次公正听证会的问题和顾虑事项。请详述与问题相关的所有**具体事实**（例如人物姓名、日期、地点、事件和行为）。必要时可另外附页或另附文件。

## 拟议解决方案

\*请在目前已知且可行的范围内，描述该问题的拟议解决方案（即，您认为应该采取何种措施纠正问题或如何解决问题事项）。必要时可另外附页或另附文件。

## 投诉人信息

填写表格的人员姓名或组织名称：

与学生的关系：  
☐ 家长/与该学生存在亲子关系的人 ☐ 家长的代理律师/辩护律师  
☐ 学区代表/代理律师 ☐ 其他：

投诉人的邮寄地址（如果投诉人并非家长或与该学生存在亲子关系的人）：

日间联系电话（包括区号）：

电子邮箱：

## 签名

本人确认，本人在将此正当程序投诉通知表提交至纽约州教育署 (New York State Education Department) 时，已同时将副本寄送给对方当事人（家长或学区）。

此表格已寄送给：\_\_\_\_\_，日期为：\_\_\_\_\_。  
*被投诉人姓名或学区名称* *提交日期（月/日/年）*

请在填妥的表格上签名。如果您以电子方式签署本表格，即表明您同意在下方输入您的姓名或您的电子签名，且该签名在法律上等同于您在表上的手动签名。

填表人签名：\_\_\_\_\_ 日期（月/日/年）：\_\_\_\_\_

正楷姓名：\_\_\_\_\_

仅限学区使用

接收日期：\_\_\_\_\_

\*必填信息