

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：	<input type="checkbox"/> 初步听证会	<input type="checkbox"/> 修正听证会	<input type="checkbox"/> 紧急听证会
该学生是否还将参与另一场公正听证会？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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)？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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/与该学生成存在亲子关系的人 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成存在亲子关系的人):

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: _____