

CONNECTICUT STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

BUREAU OF SPECIAL EDUCATION, DUE PROCESS UNIT

450 Columbus Blvd., Suite 604

P.O. Box 2219

Hartford, CT 06145-2219

860-713-6928; FAX 860-713-7153

dueprocess.sde@ct.gov

Solicitud de audiencia imparcial de educación especial

Solicito una audiencia imparcial contra _____
(Distrito/Nombre de la Escuela)

en relación a mi hijo _____
(Nombre del menor) (Fecha de Nacimiento)*

(Dirección del menor) (Discapacidad del menor)*

Nombre de la persona que solicita la audiencia, en letra de imprenta* Firma* Fecha*

Teléfono* Correo electrónico*

Descripción de la naturaleza de los problemas en disputa, incluso de los factores relacionados:

Resolución propuesta para los problemas (hasta donde se conoce y hay disponibilidad en este momento).

Envíelo a la dirección anterior y, según corresponda, a los padres o al distrito escolar.

***La información solicitada es opcional.**