

طلب وساطة التعليم الخاص

ليس مطلوباً منك استخدام هذا النموذج لطلب المساعدة في التوسط في نزاعات التعليم الخاص للطلاب ذوي الحالات الاستثنائية. ومع ذلك، تم تصميم هذا النموذج لمساعدة وزارة التعليم في لويزيانا في ترتيب جلسة الوساطة.

1. معلومات الطالب

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الهاتف البديل: _____
اسم طالب المدرسة الذي يحضر/حاضر: _____
 ذكر أنثى الصف: _____ العرق: _____ .Choose an item
الاستثناء: _____ .Choose an item
هل يتلقى الطالب حالياً خدمات التربية الخاصة؟ نعم لا

2. معلومات مقدم الطلب

مقدم الطلب هو ولي الأمر/الوصي القانوني أو مسؤول المدرسة الذي يطلب عقد اجتماع مُيسر لبرنامج التعليم الفردي (IEP).
اسم مقدم الطلب: _____ العلاقة بالطالب: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ رقم الهاتف البديل: _____
رقم الفاكس: _____ البريد الإلكتروني: _____
هل يحتاج مقدم الطلب إلى تسهيلات للمشاركة في هذه العملية؟ نعم لا

3. المعلومات الأساسية

قد تكون الوساطة غير مناسبة إذا كان هذا النزاع مرتبطاً بتحديد المظهر أو إعداد التنسيب البديل المؤقت بموجب CFR § 300.530 أو § 300.531.
هل هناك اجتماع انضباط معلق لهذا الطالب؟ نعم لا
هل تكون قضايا النزاع هذه أيضاً موضوع تحقيق رسمي معلق في شكوى أو طلب جلسة استماع وفقاً للإجراءات القانونية الواجبة مقدم من أي من الطرفين؟ نعم لا
هل سبق للأطراف أن شاركت في وساطة حكومية لصالح هذا الطالب؟ نعم لا
قضايا/اهتمامات برنامج التعليم الفردي:

<input type="checkbox"/> التقييمات
<input type="checkbox"/> خدمات التوحد
<input type="checkbox"/> مكان موقع التعليم/الخدمة
<input type="checkbox"/> التنسيب السكني
<input type="checkbox"/> المواصلات
<input type="checkbox"/> اللامنهجية وغير الأكاديمية
<input type="checkbox"/> الصم/ضعاف السمع
<input type="checkbox"/> المكفوفون/ضعاف البصر

<input type="checkbox"/> الأهداف والغايات السنوية
<input type="checkbox"/> الخدمات ذات الصلة (الكلام OT PT)
<input type="checkbox"/> الانضباط / السلوك
<input type="checkbox"/> الخدمات شبه المهنية
<input type="checkbox"/> التكنولوجيا المساعدة
<input type="checkbox"/> تنفيذ برنامج IEP
<input type="checkbox"/> المعايير والمقاييس
<input type="checkbox"/> خدمات ADA IAP/504

<input type="checkbox"/> تحديد/التقييم
<input type="checkbox"/> التحديد مستوى
<input type="checkbox"/> التقارير المرحلية
<input type="checkbox"/> مستويات الأداء الحالية
<input type="checkbox"/> الإقامة / التعديلات
<input type="checkbox"/> خدمات التحول
<input type="checkbox"/> خدمات إي إس واي

* هناك ثلاثة تواريخ متاحة لك:

4. التوقيع (التوقيعات)

من خلال التوقيع على هذه الوثيقة، يوافق ولي الأمر والمنطقة التعليمية/المدرسة المستقلة ومقدم الطلب على أنه يجوز للوسيط المعين الوصول إلى السجل التعليمي للطلاب لاستخدامه أثناء جلسة (جلسات) الوساطة.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: ____/____/____

أرسل طلبك بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى:

وزارة التعليم في لويزيانا

تنويه: القسم القانوني

1201 شارع شمال 3

باتون روج، لوس أنجلوس 70802

الفاكس: 1197-342-225

البريد الإلكتروني: DisputeResolution.DOE@la.gov

تقديم الطلب

ستقوم الإدارة بالاتصال بالطرف الآخر لتحديد ما إذا كان يرغب في المشاركة في الوساطة. إذا وافق الطرف الآخر على المشاركة، فستصل بك لترتيب الوساطة. أما إذا رفض الطرف الآخر المشاركة، فسوف تقوم الدائرة بإخطارك وإبلاغك برفض الطرف الآخر المشاركة. يجب على أولياء الأمور والمناطق/الوكالات التعليمية الاستعداد لمدة لا تقل عن ثلاث (3) ساعات عند جدولة جلسة الوساطة. عندما يكون هناك عدد من المخاوف/القضايا التي يجب مناقشتها، قد تتجاوز الوساطة ثلاث (3) ساعات. يجب أن يكون المشاركون على استعداد للبقاء حتى وقت الانتهاء المتفق عليه. إذا بدأ أن هناك حاجة إلى وقت إضافي لمناقشة المخاوف/القضايا بشكل مناسب، يجوز للوسيط تمديد الوقت إلى ما بعد الوقت المخصص أو تحديد موعد للاستمرار يكون مقبولاً لجميع المشاركين.

احتياجات إمكانية الوصول للاجتماع (للولي أو الطالب من ذوي الإعاقة).

احتياجات الترجمة (يرجى التحديد): _____

احتياجات الترجمة الفورية (يرجى التحديد): _____

احتياجات إمكانية الوصول (يرجى التحديد): _____

يرجى وصف توقعاتك لنتيجة الوساطة.
