

特殊教育调解申请

您无需使用此表来请求协助调解特殊学生的特殊教育纠纷。但是，此表可用于协助路易斯安那州教育局安排调解会议。

1. 学生信息

姓名：_____ 出生日期：____/____/____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电话号码：_____ 备用电话号码：_____

学生就读/曾就读的学校名称：_____

男 女 年级：_____ 民族：Choose an item. 特殊性：Choose an item.

学生目前是否正在接受特殊教育服务？ 是 否

2. 申请人信息

申请人是指请求召开个别化教育计划协调会议的家长/法定监护人或学校官员。

申请人姓名：_____ 与学生的关系：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电话号码：_____ 备用电话号码：_____

传真号码：_____ 电子邮箱地址：_____

为参加此程序，申请人是否需要住宿？ 是 否

3. 背景信息

如果该争议与34 CFR § 300.530 或 § 300.531规定的表现鉴定或临时替代性安置环境有关，则此类争议可能不适合进行调解。

该学生是否正在接受纪律处分？ 是 否

这些争议问题是否也是任何一方提出的待决正式投诉调查或正当程序听证请求的对象？ 是 否

双方是否曾为该学生参加过州立调解？ 是 否

问题/事项：

鉴定/评估
 安置
 进度报告
 当前业绩水平
 住宿/改造
 翻译服务
 延长学年服务

年度目标和目的
 相关服务 (言语治疗、职能治疗、物理治疗)
 纪律/行为
 辅助服务
 辅助技术
 实施个别化教育计划
 基准和可衡量的
 504/ADA IAP服务

评价
 自闭症服务
 教育/服务机构所在地
 住宿安置
 交通接送
 课外活动和非学术活动
 耳聋/听力障碍
 失明/视觉障碍

*您可以参加调解的三个日期：_____

4. 签名

在签署本文件后，即代表家长、校区/特许学校及申请人同意指定的调解员查阅学生的教育记录，以便在调解过程中使用。

申请人签名：_____ 日期：____/____/____

请将您的申请邮寄、传真或发送电子邮件至：

路易斯安那州教育部

收件人：法务处

路易斯安那州巴吞鲁日市北3街1201号，

邮编：70802

传真：225-342-1197

电子邮箱：DisputeResolution.DOE@la.gov

提交申请

教育部将联系另一方，以确定他们是否愿意参加调解。如果另一方同意参与，我们将联系您安排调解。但是，如果另一方拒绝参与，教育部将通知您并告知您另一方已拒绝参加调解。在安排调解会议时，家长和校区/教育机构应准备至少三 (3) 小时的时间。当有多个问题需要讨论时，调解时间可能会超过三 (3) 小时。参与者应该有意愿留下来直到约定的调解结束时间。如果需要更多时间来充分讨论相关事项/问题，调解员可延长规定时间，或安排一个所有参与者都能接受的日期继续进行调解。

有关会议的无障碍需求 (残障家长或学生)。

需要翻译 (请注明)： _____

需要口译员 (请注明)： _____

无障碍需求 (请注明)： _____

请描述您对调解结果的期望。
