

SOLICITUD DE MEDIACIÓN

Envíe una copia del formulario completado a cada una de las direcciones indicadas a continuación:

1) Chief IL Dept. of Human Services Bureau of Hearings 69 West Washington Street, 4 th Floor Chicago, IL 60602	2) Chief IL Dept. of Human Services Early Intervention Program 823 East Monroe Springfield, IL 62701	3) Indique aquí la información de la oficina de Child & Family Connections (CFC) del niño nombrado abajo: Nº CFC: _____ Nombre CFC _____ Dirección CFC _____ Ciudad, estado y código postal CFC _____
---	--	---

Yo pido por la presente que se asigne a un mediador para facilitar la resolución de la disputa descrita en este formulario acerca de la evaluación, la identificación, la ubicación, la entrega de servicios o la provisión de servicios apropiados para el niño nombrado a continuación. Comprendo que la mediación es generalmente menos conflictiva que una petición de debido proceso. El mediador es un facilitador neutral y no toma decisiones. Ayuda a las partes interesadas a llegar mutuamente a una resolución pero no las obliga a actuar.

Sección 1: Información del niño y la familia

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre
del niño _____

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año) _____ Teléfono _____

Nombre(s) del padre, madre y/o tutor legal _____

Dirección (calle y número) _____

Ciudad, estado y código postal _____ Idioma principal _____

Sección 2: Información de la persona que solicita la mediación

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____ Teléfono _____

Sección 3: Agencia(s) de entrega y/o proveedor(es) de servicio implicados en la disputa (Adjunte páginas adicionales si son necesarias):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____ Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____ Teléfono _____

Sección 4: La descripción del problema con servicios de intervención temprana para el niño, incluidos los datos y/o hechos relacionados con el problema (la Sección 4 sigue en la próxima página):

--

Sección 4: CONTINUADA. La descripción del problema con servicios de intervención temprana para el niño, incluidos los datos y/o hechos relacionados con el problema (Con páginas adicionales adjuntas para si son necesarias):

Sección 5: Remedio buscado o resolución propuesta (Adjunte páginas adicionales si son necesarias):

Adjunte los materiales que respalden la solicitud y el remedio propuesto.

Yo comprendo que por la presente solicitud de mediación autorizo la facilitación del expediente de servicios de intervención temprana del niño mencionado arriba al Departamento de Servicios Humanos, al mediador y a todas las partes de la disputa, a fin de resolver la disputa. También comprendo que para la disputa descrita arriba se nombrará a un mediador, quien fijará la fecha de la mediación.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra sencilla _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____ Teléfono _____

En virtud de las disposiciones de la Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (Ley de confidencialidad en la salud mental y discapacidades de desarrollo de Illinois), la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de derechos educativos y privacidad de la familia), 20 USC 1232g, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos) de 1996, la información recopilada en la presente no debe divulgarse posteriormente a no ser que la persona que consintió en la presente divulgación consienta específicamente en tal divulgación posterior o la divulgación posterior sea permitida por ley.