

Divisão de Intervenção Precoce

**Formulário de Solicitação de Mediação de Intervenção Precoce**

Comunidade de Massachusetts

Escritório Executivo de Saúde e Serviços à Pessoa

Departamento de Saúde Pública

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

A mediação é um processo confidencial, voluntário e informal que pode ajudar a resolver discordâncias entre pais e um programa de Intervenção Precoce. Os pais ou o programa de Intervenção Precoce (EI, em inglês) podem solicitar mediação em caso de opiniões ou visões divergentes sobre a experiência de intervenção precoce de uma criança. Os pais e a equipe de Intervenção Precoce reúnem-se com uma pessoa imparcial, o mediador, que é treinado em mediação e educação especial. O mediador não toma partido ou uma decisão sobre a discordância. O mediador trabalha com os pais e o programa EI para conversar sobre a questão, desenvolver novas ideias e ajudar ambos os lados a criarem os seus próprios acordos. Se ambas as partes chegarem a um acordo, isso é registrado por escrito em um acordo de mediação. Se não houver um acordo, os dois lados podem continuar a tentar trabalhar juntos ou solicitar uma audiência.

Você pode ligar ou enviar um e-mail para Mary Dennehy-Colorusso, em **978-851-7261, ramal 4016** para solicitar a mediação. Você também pode preencher este formulário ou compor a sua própria carta.

Informações da Criança: Suas Informações:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Zip:

Caso a criança seja desabrigada, forneça um nome de contato e um endereço se diferentes do mencionado acima:

Nome do Programa de Intervenção Precoce:



Liste quaisquer acomodações de que você necessite, incluindo tradução:

PORTUGUESE

**Providencie uma declaração breve sobre a preocupação ou discordância a ser discutida na mediação.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que preencheu o formulário Data Assinatura do Pai/Mãe Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Mãe Data

Envie uma cópia deste formulário para:

Mary Dennehy-Colorusso

Coordenadora de Salvaguardas Processuais

MA Department of Public Health (Departamento de Saúde Pública de MA)

DPH Northeast Regional Health Office (Escritório de Saúde Regional do Nordeste)

Tewksbury Hospital

365 East Street

Tewksbury, MA 01876

Você também pode enviar este formulário e documentos corroborantes por fax para:

978-640-1027

Ou e-mail\*

[Mary.dennehy-colorusso@state.ma.us](mailto:Mary.dennehy-colorusso@state.ma.us)

**E**

**Você deve enviar uma cópia deste formulário para o programa EI. Para encontrar o seu programa EI, visite:** <http://massfamilyties.org/ei/eicity.php>

Nós enviaremos uma carta dentro de 7 dias úteis após o recebimento deste formulário. Caso não receba a carta, ligue para 978-851-7261, ramal 4016.

\*Observação: Informações enviadas a partir de um e-mail pessoal não são transmitidas por meio de um servidor ou rede seguros.