El Estado de Massachusetts

Oficina Ejecutiva de Salud y Recursos Humanos

Departamento de Salud Pública

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619



División de Intervención Temprana

**Formulario de Solicitud de Mediación de Intervención Temprana**

La mediación es un proceso confidencial, voluntario e informal que puede ayudar a resolver desacuerdos entre los padres y un programa de Intervención Temprana (EI, por sus siglas en inglés). Los padres o un programa de EI pueden pedir la mediación cuando hay diferentes opiniones o visiones sobre la experiencia de intervención temprana de un niño(a). Los padres y el personal de Intervención Temprana se reúnen con una persona imparcial (el mediador), que está entrenado en mediación y educación especial. El mediador no toma posición ni decisiones sobre el desacuerdo. El mediador trabaja con los padres y el programa de EI para hablar sobre el asunto, desarrollar nuevas ideas y ayudar a ambas partes a crear sus propios acuerdos. Si ambas partes alcanzan un acuerdo, el mismo se plasma en un acuerdo de mediación. Si no hay acuerdo, ambas partes pueden intentar continuar trabajando juntas, o pueden pedir una audiencia de debido proceso.

Usted puede llamar o enviar un correo electrónico a Mary Dennehy-Colorusso al 978-851-7261, ext. 4016 para solicitar mediación. También puede completar este formulario, o escribir su propia carta.

 Información de niño(a): Su información:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Nombre de Niño(a):

F.Nac:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal :

Si el niño(a) no tiene hogar, por favor proporcione un nombre y dirección diferente a la anterior:

Nombre de Programa de Intervención Temprana:



Por favor liste cualquier arreglo, incluyendo la traducción que usted necesita.

SPANISH

**Proporcione una breve declaración sobre las preocupaciones o desacuerdos a ser discutidos en la mediación.**

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

Firma de la persona que completa el formulario: Fecha: Firma de padre/madre Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ Firma de padre/madre Fecha

Por favor envíe una copia de este formulario a:

Mary Dennehy-Colorusso

Coordinadora de Resguardo Procesal

MA Department of Public Health (Departamento de Salud Pública de Massachusetts)

DPH Northeast Regional Health Office (Oficina Regional de Salud del Noreste de DPH)

Tewksbury Hospital

365 East Street

Tewksbury, MA 01876

También puede enviar este formulario y los documentos anexos por fax a:

978-640-1027

O por correo electrónico\*

Mary.dennehy-colorusso@state.ma.us

**Y**

**Usted debe enviar una copia de la queja al programa EI. Para encontrar su programa EI, consulte:** <http://massfamilyties.org/ei/eicity.php>

Le enviaremos una carta dentro de 7 días hábiles una vez que recibamos este formulario. Si usted no recibe esta carta, por favor llame al 978-851-7261, ext. 4016.

\*Nota: La información enviada desde un correo electrónico personal no transmite a través de un servidor o una red segura.