**仅用于**

**听证会**

**请求**

**马萨诸塞州**

**行政法上诉部**

**特殊教育上诉局**

**14 Summer street, 4th Floor**

**malden, MA 02148**

电话： 781-397-4750

 传真：781-397-4770

<http://www.mass.gov/dala/bsea>

**听证会请求表**[[1]](#footnote-1)

**请填写表格中所有的必填项目**

上诉听证会流程说明：特殊教育上诉听证会根据联邦和州政府法规以及特殊教育上诉局听证会规则进行。在举行完整的听证会之前，听证官可能会召开听证前会议。正式的行政听证会允许各方通过宣誓作证的证人和作为证据提交的文件来陈述各自的案情。听证会可以持续一天到几天。听证官根据提交的证据和法律论证发布最终书面决定。在听证会决定发布后九十天之内，可以就此决定向联邦或州法院提出上诉。有关上诉听证会流程的进一步说明以及特殊教育上诉局听证会规则的副本可在特殊教育上诉局网站上查找：<http://www.mass.gov/dala/bsea>。

**此表格可用于初次提交听证会请求或修改先前提交的听证会请求。**

请注明这是初次听证会请求还是修改的听证会请求。

**请勾选一项：初次听证会请求：** **[ ]  修改的听证会请求：** **[ ]**

**一、 学生信息：**

1. 学生姓名（必填）：

2. 学生地址 （必填）:

3. 学生所在学区\*[[2]](#footnote-2)： 4. 学生所在学校（必填）：

5. 如果是无家可归的儿童或青少年（基于《麦金尼-文托无家可归者援助法案》第 725(2) 条含义，参阅《美国法典》第42 卷第 11434(a)(2) 部分），则提供该儿童或青少年的可用联系信息及其就读学校的名称（必填）：

**二、 家庭主要语言\*:**

（如果不填写此部分，则家庭的主要语言将被假定为英语。如果在特殊教育上诉局的任何程序中您需要口译服务的话，请在此注明，我们将免费为您提供一名译员。）

**三、 请求听证会的人\*:**

1.听证会请求人姓名：

2. 请勾选一项：

\*\**必须附上委任书副本。*

[ ]  家长 [ ]  学校律师 [ ]  教育代理家长\*\*

[ ]  学生（若年满 18 岁或以上） [ ]  家长/学生的律师 [ ]  监护人\*\*

[ ]  学区 [ ]  家长/学生的代言人 [ ]  法院指定做出教育决定的人\*

[ ]  与学生住在一起并代替家长行事的个人

3. 地址：

4. 电话：住宅： 公司： 传真号码：

5. 电子邮件：

**四、代理信息（如果有）\*:**

请勾选一项： 家长 [ ]  学校 [ ]

1. 您的律师或辩护人姓名：

2. 地址：

3. 电话： 传真号码：

4. 电子邮件：

**五、 家长信息：请提供每一位家长的信息（如果上面未列出）\*:**

1. 家长姓名：

2. 地址：

3. 电话：住宅： 公司： 传真号码：

4. 电子邮件:

**六、 第二位家长信息（如果与上述不同）\*:**

1. 家长姓名：

2. 地址：

3. 电话号码：住宅： 公司： 传真号码：

4. 电子邮件：

请注意：联邦法律要求您完整准确地描述您要求举行听证会的原因以及您寻求的结果。这包括：对学生特殊需求的描述；您希望听证官解决的所有问题；以及与这些问题相关的事实。**未能提供完整信息可能会导致对听证会请求的充分性提出质疑。**

**七、 问题的描述（必填）：**

请描述学生、学生的个别化教育计划或教育计划，以及您请求举行听证会的原因。请尽可能的完整，包括日期、姓名和地点（如适用）。请指出您希望听证官解决的所有问题。**不完整的信息可能会限制听证会的范围**（若需要，请使用附加页）。

**八、提议的问题解决方案：** （必填）：

请就您目前所知以及能够获取的信息而言，说明您希望从听证会得到什么结果（若需要，请使用附加页）。

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

请求听证会的人签名\* 日期\*

**该表格必须发送给对方。同时，您必须将该表格的副本发送给特殊教育上诉局。请在下面签名，以证明您遵守这一要求。**

我证明，我在向对方发送此听证会申请表，同时也向特殊教育上诉局发送一份副本。

我通过以下交付方式将此表格发送给对方：

请勾选：

[ ]  邮件

[ ]  电子邮件

[ ]  传真

[ ]  亲自递交

[ ]  其它（请详述）

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

签名/输入或正楷填写姓名（必填）

1. 提交听证会请求并不需要使用此表格。此表格有助于确保您包含所有的必需信息。但是，您可以选择提交自己的书面请求，只要其中包含本表格中所要求的所有信息即可。您可以使用您的家庭主要语言填写表格，即使不是英语，特殊教育上诉局也会免费为您翻译。如果您在填写此表格或以书面形式表达时需要帮助的话，请与特殊教育上诉局联系。此外，如果您需要与《美国残疾人法案》相关的合理调整措施，请参阅特殊教育上诉局网站：<https://www.mass.gov/info-details/how-to-request-an-ada-accommodation>。 [↑](#footnote-ref-1)
2. 带星号的项目不是《残疾人教育法》 (IDEA) 强制要求的。但是，包含此类信息将使特殊教育上诉局和对方能够就听证会请求进行更高效的沟通与响应。 [↑](#footnote-ref-2)