

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 Kathleen Amaral, em **508-454-2007** 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:

Kathleen Amaral

Escritório Executivo de Saúde e Serviços à Pessoa

Departamento de Saúde Pública

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

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

857-323-8350

Ou e-mail\*

[Kathleen.A.Amaral@mass.gov](mailto:Kathleen.A.Amaral@mass.gov)

Nós enviaremos uma carta dentro de 7 dias úteis após o recebimento deste formulário. Caso não receba a carta, ligue para 508-454-2007.

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