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 Kathleen Amaral al 508-454-2007 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:

Kathleen Amaral

El Estado de Massachusetts

Oficina Ejecutiva de Salud y Recursos Humanos

Departamento de Salud Pública

250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

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

857-323-8350

O por correo electrónico\*

[Kathleen.a.amaral@mass.gov](mailto:Kathleen.a.amaral@mass.gov)

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 508-454-2007.

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