



## Due Process Complaint

\*indicates a required field

Basic Information			
<input type="checkbox"/> IDEA	<input type="checkbox"/> IDEA & Gifted Education	<input type="checkbox"/> Gifted Education	<input type="checkbox"/> Section 504
*Today's Date:		*Requested by: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> LEA	
*Name/Email of Person Completing this Request:	*Relationship to Student:	*Phone:	
Hearing Preference: <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Virtual    (Choose only one)			
<b>Please send a copy of the completed Due Process Complaint to the opposing party at the same time it is filed with the Office for Dispute Resolution.</b>			
If you require special accommodations to participate in the due process hearing, you must notify the LEA.			

Student Information			
*Last Name:	*First Name:	Date of Birth:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Exceptionality:		Exceptionality:	
*LEA (Local Education Agency) – if known		*School Building Student Attends:	

Parent(s) Residing with Student			
*Last Name:	*First Name:	*Relationship: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian	
*Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:	Email:
<b>Preferred method of written correspondence:</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> U.S. Mail			
Last Name:	First Name:	Relationship: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian	
Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:	Email:
<b>Preferred Method of written correspondence:</b> <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> U.S. Mail			
*Parent(s)/Student Address:			
Parent Attorney (if represented):		Attorney Phone:	
Attorney Address:		Attorney Email:	

**Parent(s) Not Residing with Student**

Last Name:		First Name:		Relationship: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father	
Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:	Email:		
<b>Preferred method of written correspondence:</b>				<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> U.S. Mail
Parent Address:					
Parent Attorney (if represented):			Attorney Phone:		
Attorney Address:			Attorney Email:		

**Local Education Agency (LEA) Information****I. LEA Contact Person Information**

Last Name:		First Name:		Position Title:
Cell Phone:		Work Phone:		Email:
Address:				

**II. Superintendent/CEO**

Last Name:		First Name:		Position Title:
Address:		Phone:		

**III. LEA Attorney**

Attorney Phone:		Attorney Email:
Attorney Address:		

**IV. The due process hearing will be held at the following address:**

*(Building Name, Address and Room Number/Name – to be completed by the LEA)*

**Note: The hearing will be held at a time and place reasonably convenient to parents and child involved. For gifted education cases, the hearing will be held in the school district at a place reasonably convenient to the parents and, at the request of the parents, may be held in the evening.**

**Information About the Due Process Complaint (IDEA Cases only)**

A. Does your issue pertain to a hearing officer decision which has not been implemented? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<i>(If yes, the Bureau of Special Education will be notified, and will investigate the matter. Due process is not available when the issue pertains to non-implementation of a hearing officer's decision.)</i>	
B. Is this a request for a hearing based on a disagreement about:	
<input type="checkbox"/> Discipline	<input type="checkbox"/> ESY (Extended School Year)
<input type="checkbox"/> Check here if student is in the ESY target group	

### Information About Due Process Complaint (All Cases)

You may use this form to explain the nature of your dispute, or you may attach a separate piece of paper containing this information.

\*What is the dispute about? Please include facts in your description.

\*How would you like to see this resolved? What are you seeking?

If you know the other side's position about this problem, please describe it here.

### Resolution Meeting (IDEA Cases only)

Prior to a due process hearing taking place, if the parent filed the process complaint, the law (34 CFR §300.510) requires the parties to participate in a resolution meeting, unless both sides agree in writing to waive this requirement. Please completed the following information:

1. A resolution meeting to discuss these issues is scheduled for: (Date)

2. A resolution meeting was held on: (Date)

3. Participation in the resolution meeting was waived by both parties and the LEA in writing on:

4. In lieu of a resolution meeting, I am requesting mediation.  (Date)

**If #4 is checked, an ODR mediation case manager will be in contact with the parties.**

An ODR staff member will confirm receipt of complaint and provide case manager and hearing officer information.

Additional information about due process is available on the ODR website, [www.odr-pa.org](http://www.odr-pa.org), or by calling the Special Education ConsultLine (800-879-2301).



(مكتب تسوية المنازعات)

## شكوى بعدم تحقيق العدالة من الإجراءات القانونية المتخذة

\* تشير إلى خانة يجب تعبئتها

البيانات الأساسية			
<input type="checkbox"/> قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة	<input type="checkbox"/> قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة وتعليم الموهوبين	<input type="checkbox"/> تعليم الموهوبين	<input type="checkbox"/> القسم 504
* التاريخ		* مقدم الشكوى <input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> وكالة التعليمية المحلية	
* اسم الشخص الذي أكمل هذا الطلب وبريده الإلكتروني:			
الطريقة المختارة لجلسة الاستماع <input type="checkbox"/> حضوري <input type="checkbox"/> افتراضي (اختر خيارًا واحدًا فحسب)			
يرجى إرسال نسخة من الشكوى مكتملة البيانات إلى الخصم في وقت تقديمها إلى مكتب تسوية النزاعات.			
إذا احتجت إلى تسهيلات خاصة من أجل المشاركة في جلسة لا ستماع الخاصة بالشكوى، أخطر الوكالة التعليمية المحلية بذلك			

بيانات الطالب			
* اسم العائلة:	* الاسم الأول:	تاريخ الميلاد:	النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
نوع الإعاقة:		نوع الإعاقة:	
* (الوكالة التعليمية المحلية) – إذا كانت معلومة		* المدرسة التي يحضر فيها الطالب	

الوالد المقيم مع الطالب			
* اسم العائلة:	* الاسم الأول:	* صلة القرابة: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> ولي الأمر	
* رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف الخليوي:	رقم هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:
الطريقة المفضلة للمراسلات الخطية: <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> بريد الولايات المتحدة			
اسم العائلة:	الاسم الأول:	صلة القرابة: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> ولي الأمر	
رقم هاتف المنزل:	رقم الهاتف الخليوي:	رقم هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:
الطريقة المفضلة للمراسلات الخطية: <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> بريد الولايات المتحدة			
* عنوان الوالد / الطالب:			
وكيل الوالد (إن وجد):		رقم هاتف الوكيل:	
عنوان الوكيل:		البريد الإلكتروني للوكيل:	

الوالد غير المقيم مع الطالب			
اسم العائلة:	الاسم الأول:	صلة القرابة: <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم	
رقم الهاتف المنزلي:	رقم هاتف الخليوي:	رقم هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:
الطريقة المفضلة للمراسلات الخطية:		<input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني	<input type="checkbox"/> بريد الولايات المتحدة
عنوان الوالد:			
وكيل الوالدين (إن وجد):		رقم هاتف الوكيل:	
عنوان الوكيل:		البريد الإلكتروني للوكيل:	

بيانات الوكالة التعليمية المحلية			
1- بيانات مسؤول اتصال الوكالة التعليمية المحلية			
اسم العائلة:	الاسم الأول:	المسمى الوظيفي:	
رقم هاتف التواصل:	رقم هاتف العمل:	البريد الإلكتروني:	
العنوان:			
2- المشرف / الرئيس التنفيذي			
اسم العائلة:	الاسم الأول:	المسمى الوظيفي:	
العنوان:	رقم الهاتف:		
3- وكيل وكالة التعليم المحلية			
رقم هاتف الوكيل:	البريد الإلكتروني للوكيل:		
عنوان الوكيل:			
4- تعقد جلسة الاستماع الخاصة بالشكوى في العنوان التالي: (اسم المبنى، العنوان واسم ورقم القاعة-على وكالة التعليم المحلية تعيئته)			
ملاحظة: تعقد جلسة الاستماع في وقت ومكان مناسبين للوالدين والطفل. وبشأن حالات تعليم الموهوبين، تعقد جلسة الاستماع في المنطقة التعليمية في مكان مناسب للوالدين، ويجوز بناء على طلب الوالدين عقدها في المساء.			

معلومات عن الشكوى (حالات قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة فحسب)	
أ-	هل تتعلق شكواكم بالقرار الصادر من مسؤول جلسة الاستماع والذي لم يتم تنفيذه؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(إذا كانت الإجابة نعم، يُخطر مكتب التعليم الخاص ويحقق في هذه المسألة لا تتاح الإجراءات القانونية عندما تتعلق القضية بعدم تنفيذ القرار الصادر من مسؤولة جلسة الاستماع.)	
ب-	هل هذا طلب لعقد جلسة استماع بناء على عدم الموافقة على: <input type="checkbox"/> السنة الدراسية الممتدة (السنة الدراسية الممتدة) <input type="checkbox"/> التخصص الأكاديمي
<input type="checkbox"/> قم بالتظليل هنا إذا كان الطالب في المجموعة المستهدفة للسنة الدراسية الممتدة	

معلومات عن الشكوى (جميع الشكاوى)	
يمكنك استخدام هذه الاستمارة لتوضيح طبيعة النزاع، أو يمكنك إرفاق مستند ورقي يتضمن ذلك	
* ما طبيعة النزاع؟ يرجى ذكر الوقائع في هذا الوصف.	
* هل تتطلع إلى حل هذه المشكلة؟ وما الذي تبتغيه من وراء ذلك؟	
إذا كان لديك علم بجانب آخر لهذه المشكلة، يرجى ذكره هنا.	

اجتماع اتخاذ القرار (لا تخص سوى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة)	
قبل عقد جلسة استماع بشأن الشكوى المقدمة، يشترط قانون (34 CFR §300.510)، إذا قدم أحد الوالدان شكوى، على كلا الطرفين المشاركة في اجتماع اتخاذ القرار، ما لم يوافق كلا الطرفين خطياً على التنازل عن هذا الشرط.	
يرجى استكمال المعلومات التالية:	
1- من المقرر عقد اجتماع اتخاذ القرار لمناقشة هذه المشكلة في:	(التاريخ)
2- تم عقد اجتماع اتخاذ القرار في:	(التاريخ)
3- تم التنازل عن المشاركة في اجتماع اتخاذ القرار خطياً من قبل كلا الطرفين والإدارة التعليمية المحلية في:	
4- بدلاً من اجتماع اتخاذ القرار، فأني أطلب بالوساطة. <input type="checkbox"/>	(التاريخ)
إذا تم تظليل الخانة رقم 4، يكون مدو الوساطة من مكتب تسوية المنازعات على اتصال بجميع الأطراف.	

يؤكد مكتب تسوية المنازعات استلام الشكوى ويقدم بيانات مدير الحالة ومسؤول جلسات الاستماع.

المعلومات المتعلقة بشكوى عدم تحقيق العدالة من الإجراءات القانونية المتخذة متاحة على الموقع الإلكتروني لمكتب تسوية المنازعات، [www.odr-pa.org](http://www.odr-pa.org)، أو عبر الاتصال على رقم خط الاستشارات المعني بالتعليم الخاص (8008792301).

تم مراجعتها في يونيو 2021

6340 فلاك دريف، هاريسبرج، بنسلفانيا 17112-2764

717-901-2145\* الخط المجاني: 800-222-3356 (لولاية بنسلفانيا فقط) \* الفاكس: 717-657-5983 \* مستخدم المبرقة الكاتبة: رقم التتبع في ولاية بنسلفانيا 711 البريد الإلكتروني:

[odr@odr-pa.org](mailto:odr@odr-pa.org)