

CONNECTICUT STATE DEPARTMENT OF EDUCATION  
**BUREAU OF SPECIAL EDUCATION, DUE PROCESS UNIT**  
450 Columbus Blvd., Suite 604  
P.O. Box 2219  
Hartford, CT 06145-2219  
860-713-6928; FAX 860-713-7153  
[dueprocess.sde@ct.gov](mailto:dueprocess.sde@ct.gov)

## Solicitud de Mediación

Aunque no es obligatorio, la información solicitada ayudará a esta oficina a asignar la mediación.

**Solicitamos una mediación referente a** \_\_\_\_\_  
(Nombre del menor) (Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del menor) (Distrito/Nombre de la escuela) (Discapacidad del menor)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/de la madre/tutor: Fecha Firma del Distrito/Representante del Distrito Fecha

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del padre/de la madre o de su representante Correo electrónico del Distrito/Representante del Distrito

\_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono del padre/de la madre o de su representante Núm. de teléfono del Distrito/Representante del Distrito

### **Descripción de la naturaleza de los problemas en disputa, incluso de los factores relacionados:**

Agregue páginas adicionales si es necesario

### **Resolución propuesta para los problemas hasta donde se conoce y hay disponibilidad en este momento.**

Agregue páginas adicionales si es necesario

**\*\*Envíelo a la dirección anterior y, según corresponda, a los padres o al distrito escolar.\*\***