

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA Birth to 3 Program de Wisconsin

Este formulario ha sido desarrollado para ayudar a los padres a solicitar una audiencia por escrito. El uso de este formulario de *Solicitud para una Audiencia* es voluntario. Sin embargo, el uso de este formulario asegura que la información escrita necesaria sea recibida y que la audiencia ocurra de una forma oportuna.

Instrucciones: Complete dos copias de este formulario. Proporcione toda la información necesaria. Enviar una copia a la dirección a continuación y guardar una copia para sus registros. Usted será contactado por el DHS con relación a su solicitud para una audiencia.

Nombre – Niño/a (Apellido, Nombre, Inicial) *	Condado Responsable de los Servicios de Intervención Temprana
Nombre – Parte Solicitante de la Audiencia *	Relación con el Niño/a
Dirección de la Parte Solicitante *	Número de Teléfono – Durante el Día *

* Esta información de carácter confidencial es necesaria para organizar la audiencia y sólo se usará para ese propósito. Toda información suministrada durante el proceso de la audiencia es confidencial a menos que los padres pidan que la audiencia sea abierta al público.

Indicar las razones específicas para solicitar una audiencia. Incluir una descripción de la naturaleza de la disputa, incluyendo los hechos relacionados con el problema. (Utilice hojas de papel adicionales o al dorso si es necesario).

Proponer una resolución al problema, en la medida que se conoce en este momento. (Utilice hojas de papel adicionales o al dorso si es necesario).

FIRMA – Parte Solicitante de la Audiencia	Fecha de la Firma
---	-------------------

Para más información, comuníquese con el Birth to 3 Program al 608-267-5150.

Enviar una copia del formulario completo a: Birth to 3 Program / Due Process Hearing
PO Box 7851
Madison, WI 53707-7851
dhsbirthto3@dhs.wisconsin.gov

For DHS Use ONLY	
Date Received	Hearing Date