

*Departamento de Educación del Estado de Connecticut  
Oficina de Educación Especial  
Unidad de Debido Proceso Legal  
P.O. Box 2219, Unit 604, Hartford, CT 06145-2219 o  
[Carol.leddy@ct.gov](mailto:Carol.leddy@ct.gov) o [Maryjean.schierberl@ct.gov](mailto:Maryjean.schierberl@ct.gov) o  
FAX (860) 713-7153  
TELÉF. (860) 713-6928*

**Solicitud de Audiencia Imparcial sobre Educación Especial**

Solicito una audiencia imparcial contra \_\_\_\_\_  
(Distrito/nombre de la escuela)

acerca de mi hijo/a \_\_\_\_\_  
(nombre del niño/a) (fecha de nacimiento)\*

\_\_\_\_\_  
(dirección del niño/a) (discapacidad del niño/a)\*

Nombre de la persona que solicita la audiencia\* Firma\* Fecha\*

\_\_\_\_\_  
Teléfono\* Dirección de Email\*

**Descripción de la esencia de los temas en disputa, incluyendo hechos relacionados:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Solución propuesta para los temas (al grado conocido y disponible actualmente).**

---

---

---

---

---

---

---

---

*Sírvase enviar a la dirección arriba mostrada y, si corresponde, a los padres o al distrito escolar.*

**\* La información solicitada es opcional.**