

SOLICITUD ACELERADA DE AUDIENCIA DE DEBIDO PROCESO

Por favor envíe cualquier solicitud para una audiencia acelerada de debido proceso al superintendente del distrito y al Coordinador de Resolución de Disputas, Departamento de Educación del Estado, División de Rendimiento de Estudiantes y Mejoramiento Escolar, P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0027. (Usted puede utilizar este formulario o enviar una carta que incluya la siguiente información.)

A. Información General:

Fecha de la Solicitud por Escrito: _____ Fecha Recibida (completado por SDE): _____

Nombre de la Persona que Solicita la Audiencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Padre/Guardián del Estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Nombre del Distrito/Agencia en Contra Solicitud Audiencia: _____

Información Estudiante:

Información Distrito:

Nombre Estudiante: _____ Contacto Distrito: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Fecha Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Escuela que Acude el Estudiante: _____ Grado: _____

(Completar si la información esta disponible):

Abogado del Estudiante: _____

(Completar si la información esta disponible):

Abogado del Distrito: _____

