
Aktenzeichen

Datum

Antrag auf Mediation

Name des Elternteils/der Eltern: _____

Anschrift Stadt/Bundesstaat/PLZ: _____

Telefonnummer(n): _____

USD/Coop/Interlocal

Nr. & Name: _____

Anschrift Stadt/Bundesstaat/PLZ: _____

Name der Kontaktperson: _____

Telefonnummer(n): _____

Schüler(in), für den/die die Mediation beantragt wird:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wurde eine Anhörung gemäß ordentlichem Verfahren beantragt? ja nein

Liegt ein Termin für die Anhörung vor? ja nein Falls ja, bitte Datum angeben: _____

Bitte geben Sie bevorzugte Daten und Zeiten an, an denen Sie für eine Mediationssitzung verfügbar sind. Sofern es sich nicht um eine Notfallsituation handelt, die sofort gelöst werden muss, müssen Sie davon ausgehen, dass die Auswahl eines Mediators und die Planung einer Mediationssitzung ungefähr zwei Wochen in Anspruch nehmen.

Bevorzugte Daten: _____

Bitte per Fax und auf dem Postweg an:

Mediation Consultant
Student Support Services
KS State Dept. of Education
120 SE Tenth Avenue
Topeka, KS 66612-1182
Telefon: (800) 203-9462 oder (785) 296-5478
FAX: (785) 296-6715