

Número de referencia _____

Fecha de solicitud _____

SOLICITUD DE MEDIACIÓN

Nombre del (los) padre(s) de familia: _____

Dirección ciudad/estado/código postal: _____

Número(s) telefónico(s): _____

USD/Coop/Interlocal

nº y nombre _____

Dirección ciudad/estado/código postal: _____

Nombre del contacto: _____

Número(s) telefónico(s): _____

Estudiante para quien se solicita la mediación:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Ha solicitado una audiencia de proceso debido? sí no

¿Se le ha programado una audiencia? sí no si la respuesta es sí, indique la fecha: _____

Sírvase indicar las fechas horas preferidas en que usted está disponible para la sesión de mediación. A menos que exista una situación de emergencia que exija la resolución inmediata, sírvase permitir aproximadamente un periodo de dos semanas para la selección de un mediador y para que el mediador programe una sesión de mediación.

Fechas preferidas: _____

Por favor envíe por fax o correo a: Mediation Consultant
Student Support Services
KS State Dept. of Education
120 SE Tenth Avenue
Topeka, KS 66612-1182
Teléfono: (800) 203-9462 ó (785) 296-5478
FAX: (785) 296-6715