

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

SAEE-09 Solicitud de remedio provisional

Instrucciones: Favor de llenar cada inciso de esta solicitud. De no conocer alguna información solicitada, favor escribir “no sé”. Una vez completada la solicitud podrá entregarla personalmente en la Unidad Secretarial de Remedio Provisional y Querellas en las oficinas centrales del Departamento de Educación, en los Centros de Servicios de Educación Especial, en las Oficinas Regionales Educativas; a través del **correo electrónico** serviciosee_uspqrp@de.pr.gov; a través del **correo postal**: Unidad Secretarial de Remedio Provisional y Querellas, P.O. Box 190759, San Juan, PR, 00919-0759 o vía **facsimil** al 787-751-1761.

Información personal del estudiante y del solicitante:

1. Nombre del estudiante		2. Número de SIE	
<i>Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial</i>			
3. Medio que se solicita para enviar la contestación de esta solicitud			
<input type="checkbox"/> Correo postal _____ _____		<input type="checkbox"/> Correo electrónico _____ @ _____	
4. ¿Quién solicita este remedio?			
<input type="checkbox"/> padre, madre o encargado (si usted no es esta persona debe orientar al padre sobre la existencia de esta solicitud). <input type="checkbox"/> abogado de los padres <input type="checkbox"/> abogado del depto. de educación		<input type="checkbox"/> funcionario de la secretaría (SAEE) <input type="checkbox"/> funcionario del CSEE <input type="checkbox"/> servicio fue ordenado por juez administrativo o acordado en reunión de mediación / conciliación	
5. Teléfonos de contacto del padre, madre o encargado			
Residencia	Celular	Trabajo	
6. Teléfonos de la persona que solicita el remedio (si no es padre, madre o encargado)			
Residencia	Celular	Trabajo	
7. Lugar donde el estudiante recibe los servicios educativos			
<input type="checkbox"/> hogar <input type="checkbox"/> centro preescolar <input type="checkbox"/> escuela privada <input type="checkbox"/> escuela pública <input type="checkbox"/> otra institución			
8. Nombre de la escuela o institución		9. Pueblo de residencia	
10. Categoría de discapacidad			
<input type="checkbox"/> autismo <input type="checkbox"/> disturbios emocionales <input type="checkbox"/> impedimentos ortopédicos <input type="checkbox"/> problemas específicos de aprendizaje <input type="checkbox"/> problemas de habla-lenguaje <input type="checkbox"/> problemas de salud		<input type="checkbox"/> discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> impedimento visual <input type="checkbox"/> impedimento auditivo <input type="checkbox"/> sordo-ciego <input type="checkbox"/> daño cerebral por trauma <input type="checkbox"/> impedimentos múltiples	

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA ASOCIADA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Servicio(s) solicitado(s)

Favor de dejar en blanco o escribir "No aplica" en aquellos encasillados que se refieran a servicios que usted no solicita.

Servicio solicitado	Detalles sobre el servicio
<input type="checkbox"/> Evaluación(es)	1. Disciplina _____ 2. Se completó el referido para la(s) evaluación(es) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé 3. Si conoce, indique la fecha del referido _____
<input type="checkbox"/> Reevaluación	1. Tipo de reevaluación <input type="checkbox"/> Adicional <input type="checkbox"/> Trianual 2. Se completó el referido para la(s) evaluación(es) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé 3. Si conoce, indique la fecha del referido _____
<input type="checkbox"/> Terapias	1. Tipo de terapia _____ 2. Si conoce: Frecuencia (¿cuántas veces a la semana? _____ Duración (¿Por cuánto tiempo?, Ej. 45 minutos) _____ Modalidad <input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/> grupal Fecha de la evaluación _____ 3. Se completó el referido para la(s) evaluación(es) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé 4. Si conoce, indique la fecha del referido _____
<input type="checkbox"/> Asistente de servicios	1. Se completó la solicitud de asistente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no sé 2. Si conoce, indique la fecha del referido _____
<input type="checkbox"/> Enfermera(o)	1. Cuando se recomendó el servicio de enfermería _____ 2. Quién recomendó el servicio de enfermería _____ 3. Qué servicios ofrecerá el enfermero(a) _____

Información adicional

Indique aquella información adicional que deba ser considerada al evaluar esta solicitud:

Nombre de la persona que solicita el remedio	Relación con el estudiante
Fecha	Firma
Nombre del funcionario que recibe el remedio	Puesto
Fecha	Firma