



División de Apoyo a la Primera  
Infancia y la Familia  
Unidad de Prevención e Intervención  
Programa de Intervención Temprana  
Montana Milestones Parte C



P. O. Box 4210, Helena, MT 59604

(406) 522-2261

LIBRE DE CARGOS (800) 762-9891

FAX (406) 444-2750

<https://dphhs.mt.gov/ecfsd/childcare/montanamilestones/index>

### Solicitud de Resolución Formal de Disputa

NOMBRE DE LA PERSONA O ORGANIZACIÓN QUE PRESENTA LA QUEJA
FECHA
DIRECCION
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL
NUMERO(S) DE TELEFONO
NUMERO(S) DE FAX
CORREO ELECTRONICO
NOMBRE DEL NIÑO(A)
FECHA DE NACIMIENTO
ESPECIALISTA DE APOYO FAMILIAR



**PROVEEDOR DEL PROGRAMA PARTE C (AGENCIA)**

El propósito de este formulario, **Solicitud de Resolución Formal de Disputa**, es documentar las opciones disponibles para ayudar a las familias y las agencias de intervención temprana a resolver disputas en el Programa de Intervención Temprana Montana Milestones Part C. Si un padre, madre u otra persona siente que se han violado sus derechos o que ha ocurrido una violación de la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA), el padre, madre o persona proporciona la información solicitada en este formulario, lo firma, lo fecha y lo devuelve a la dirección indicada. Se puede obtener ayuda para completar el formulario comunicándose con el personal del Programa Montana Milestones Parte C al número de teléfono indicado.

Las descripciones de las opciones de resolución de disputas se encuentran en el **Manual de Resolución de Disputas de Montana Milestones**, disponible en:

<https://dphhs.mt.gov/assets/ecfsd/PartC/MTMilestonesDisputeResolutionHandbook2013.pdf>

**OPCIONES DE DISPUTA FORMAL**

☐ **Solo Mediación**

La mediación puede solicitarse por sí sola antes de presentar una solicitud de Audiencia de Proceso Debido o una Queja Estatal, O puede solicitarse al mismo tiempo que una Audiencia de Proceso Debido o una Queja Estatal. Marque esta casilla si desea intentar resolver este problema únicamente a través de la mediación.

**Audiencia de Proceso Debido**

☐ Marque aquí si desea resolver inicialmente la disputa a través de la mediación antes de la Audiencia de Proceso Debido.

**Reclamo Estatal**

☐ Marque aquí si desea intentar resolver inicialmente la disputa a través de la mediación antes de la investigación de la Queja Estatal.

**DISPUTE FILED AGAINST FAMILY SUPPORT SPECIALIST/PART C PROGRAM PROVIDER AGENCY**

NOMBRE

DIRECCION



CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

OTRAS PARTES EN DISPUTA (SI CORRESPONDE)

### DECLARACIÓN DE DESACUERDO

Por favor, proporcione una descripción escrita del área o áreas de desacuerdo (preocupaciones relacionadas con la identificación, evaluación y valoración, determinación de elegibilidad, colocación del niño, provisión de servicios adecuados de intervención temprana para el niño o la familia, o presunta violación de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades, IDEA). Sea lo más específico posible.



### HECHOS QUE RESPALDAN LA DECLARACIÓN DE DESACUERDO

Por favor, proporcione una descripción escrita de los hechos que respaldan su declaración de desacuerdo e identifique cualquier información pertinente (por ejemplo, IFSP, correspondencia escrita, evaluaciones/valoraciones) que pueda verificar sus preocupaciones. Sea lo más específico posible.

### SOLUCIÓN(ES) PARA EL(LOS) ÁREA(S) DE PREOCUPACIÓN

Por favor, proporcione una descripción escrita de los pasos que le gustaría ver que se tomen para abordar su(s) área(s) de preocupación. Sea lo más específico posible.



Por favor, liste las fechas y los plazos en los que está disponible durante las próximas dos semanas si ha seleccionado la Mediación y/o una Audiencia de Proceso Debido.

Firma

Fecha

Para mayor informacion, por favor contactar a:  
Sandy Cade, Programa de Intervencion Temprana, Montana Milestones Parte C  
P. O. Box 4210, Helena, MT 59604  
(406) 522-2261  
Libre de Cargos (800) 762-9891  
FAX (406) 444-2750  
scade@mt.gov