

DS 1802-CH TRAD (Rev. 6/2009) (電子版)

福利與機構法典，第 4514 條和第 5328 條

早期開啟計畫

☐ 家長 ☐ 法定監護人 ☐ 指定的代理家長 ☐ 授權代表 ☐ 區域中心或地方教育機構

投訴人姓名

地址 (號碼和街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)	電話號碼
------------	------	-----	--------	------

作為申請主體的嬰兒/幼兒之姓名 (申請人)	出生日期 (年月日)
-----------------------	------------

地址 (號碼和街道) (如果與投訴人不同。)	(城市)	(州)	(郵遞區號)	電話號碼
----------------------------	--------	-------	----------	------

請求舉行正當程序聽證。(可參加自願調解會議。調解會議是一種非正式、公正且非對抗性的爭議解決程序。雖然鼓勵進行調解，但並非強制要求。)

☐ 我請求舉行正當程序聽證。

我請求口譯服務： ☐ 是 ☐ 否 聽證會首選語言為： _____

請注明您希望接收正當程序聽證日期和時間通知的方式。

電子郵件地址 _____ 傳真 () _____ - _____ 郵寄地址 (如果不同) _____

II. 被申請人資訊 (與您存在爭議的地方教育機構、區域中心、家長或其他當事方。)

1. 姓名/頭銜	組織機構	電話號碼
----------	------	------

地址 (號碼和街道) (城市) (州) (郵遞區號)

2. 姓名/頭銜	組織機構	電話號碼
----------	------	------

地址 (號碼和街道) (城市) (州) (郵遞區號)

III. 其他資訊

A. 描述您的爭議 (可附上書面陳述。)

B. 描述您對爭議的建議解決方案 (可以附上書面聲明。)

C. 我希望聽證會在以下地點舉行：區域中心 ☐ 或地方教育機構 ☐ 或其他適當的公共場所 ☐，地點位於：

地址 (號碼和街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)	電話號碼
------------	------	-----	--------	------

D. 投訴人簽名	日期
----------	----

~~1~~

IV. 授權代表 (可選) (家長可授權他人代表其參加整個正式聽證會。)

我授權 _____ , _____ , 在本案中代表申請人。

(姓名) (與申請人的關係)

投訴人簽名	日期
-------	----



代表簽名	日期
------	----

☒ ~~Handwritten~~

填寫說明 (DS1802)

本表格可由任何希望在州級層面對涉及 0 至 36 個月嬰幼兒及其家庭的識別、資格認定、評估、測評或提供早期干預服務等爭議採取行動的當事方填寫。鼓勵所有當事方在本地解決爭議。但是，當爭議無法解決時，可選擇自願、公正的調解會議和正當程序聽證。提交本表格的人員可向其子女的指定服務協調員、或其他區域中心或地方教育機構代表尋求填寫本表格的協助。

- I. 申請人資訊 – 申請人應填寫相關資訊，通常為該爭議涉及的兒童的家長、代理家長或其他法定監護人，也可能是區域中心或地方教育機構。在大多數情況下，申請人是該爭議涉及的兒童的家長、代理家長或其他法定監護人。也可能是區域中心或地方教育機構。請注明調解會議的首選語言。請注明是否需要口譯員。請注明您希望接收通知的方式。
- II. 被申請人資訊 – 請提供與您存在爭議的當事方資訊。確保這些資訊完整且準確，因為這些資訊將用於聯繫本程序中的其他當事方。您孩子的指定服務協調員可協助您確定與具體爭議事項相關的相應被申請人。
- III. 其他資訊
 - A. 請簡要陳述與爭議相關的問題。您也可以附上書面陳述。
 - B. 請簡要描述您認為適當的爭議解決方案。同樣，您可以附上書面陳述。
 - C. 在州級層面，有兩種可用於解決爭議的程序：自願調解會議和正當程序聽證。鼓勵爭議各方首先嘗試調解程序。調解是一種自願、公正且非對抗性的爭議解決程序。如果調解未能成功解決爭議，各方將自動進入預定的正當程序聽證。若要申請調解會議，請填寫 (DS1808) 調解會議申請表。
 - D. 請確定一個適合您出席聽證會的公共場所。
 - E. 請在表格上簽名並填寫日期。
- IV. 授權代表 (可選) – 家長、代理家長或其他法定監護人可授權他人在整個正當程序聽證過程中代表其權益。若請求授權代表，投訴人和代表均需在表格上簽名。若不請求授權代表，請留空此部分。
- V. 將所有聽證申請提交至：

**Office of Administrative Hearings
Attn: Early Start Intervention Section
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 200
Sacramento, CA 95833
(916) 263-0654
傳真 (916) 376-6318**

收到您的請求後，行政聽證辦公室 (OAH) 將通知您正當程序聽證的預定時間和地點，聽證將按照以下方式進行：

1. 正當程序聽證應在對家長或投訴人而言合理便利的時間和地點進行。聽證會必須以家庭所選擇的語言或其他溝通方式進行，除非明顯不可行。
2. 聽證程序由一名公正且熟悉早期干預服務相關法律及行政聽證程序的专业人員主持。
3. 在達成協議或作出決定之前，嬰幼兒將繼續接受當前提供的早期干預服務，除非各方另有協議。
4. 正當程序聽證的任何一方均享有以下權利：
 - a. 可由律師和/或具有嬰幼兒殘疾需求專業知識的專業人士陪同；
 - b. 提交證據，並有權對證人進行對質、交叉詢問和強制出庭；
 - c. 禁止提出在聽證會至少五 (5) 天前未向當事方披露的任何證據；
 - d. 獲取聽證會的書面或電子版完整筆錄；
 - e. 獲取書面事實認定和裁決決定。
5. 行政聽證辦公室在收到書面請求後，將於 30 個日曆日內召開正當程序聽證，並將書面裁決結果郵寄給雙方。
6. 聽證結果對所有當事方具有最終約束力。
7. 若任何一方對聽證結果有異議，可向有管轄權的法院提起上訴。