

Formulario EE \_\_\_\_\_

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE EDUCACION  
SOLICITUD DE REMEIO PROVISIONAL

Favor de llenar cada inciso de esta solicitud. De no conocer alguna información solicitada escribir "no sé". Una vez dada la solicitud deberá entregarla en la Unidad Secretarial de Remedio Provisional Y Querellas en las oficinas centrales del Departamento de Educación o enviar por fax al 787-751-1761.

1. NOMBRE DEL ESTUDIANTE				2. NÚMERO DE REGISTRO	3. NÚMERO DE SEASWEB
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial		
4. DIRECCIÓN POSTAL A LA CUAL ENVIARÁ LA CONTESTACIÓN DE ESTA SOLICITUD					
5. ¿QUIÉN SOLICITA ESTA REMEDIO?					
<input type="checkbox"/> PADRE, MADRE O ENCARGADO _____ <small>Si usted no es el padre, madre o encargado del estudiante, debe orientar al padre sobre la existencia de esta solicitud</small>					
<input type="checkbox"/> ABOGADO DE LOS PADRES		<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO DEL DISTRITO ESCOLAR			
<input type="checkbox"/> ABOGADO DEL DEPTO. DE EDUCACION		<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO DE LA SECRETARIA (SAEE)			
<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO DEL CSEE		<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO ESCOLAR			
<input type="checkbox"/> ESTE SERVICIO FUE ORDENADO POR JUEZ ADMINISTRATIVO O ACORDADA EN REUNIÓN DE MEDIACIÓN/COSILACIÓN					
6. TELÉFONOS DE CONTACTO DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO					
a. Residencial		b. Celular		c. Trabajo	
7. TELÉFONOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA REMEDIO (si no es padre, madre o encargado)					
8. LUGAR DONDE EL ESTUDIANTE RECIBE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS					
<input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CENTRO PRESCOLAR <input type="checkbox"/> ESCUELA PRIVADO <input type="checkbox"/> ESCUELA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OTRA INSTITUCIÓN					
9. NOMBRE DE LA ESCUELA O INSTITUCIÓN			10. DISTRITO ESCOLAR A LA FECHA DE REGISTRO		
11. IMPEDIMENTO DEL ESTUDIANTE					
<input type="checkbox"/> AUTISMO		<input type="checkbox"/> IMPEDIMENTOS ORTOPÉDICOS		<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SALUD	
<input type="checkbox"/> DISTURBIOS EMOCIONALES		<input type="checkbox"/> IMPEDIMENTO VISUAL		<input type="checkbox"/> RETARDACIÓN MENTAL	
<input type="checkbox"/> DAÑO CEREBRAL POR TRAUMA		<input type="checkbox"/> PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE		<input type="checkbox"/> SORDO-CIEGO	
<input type="checkbox"/> IMPEDIMENTOS MÚLTIPLES		<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL HABLA- LENGUAJE		<input type="checkbox"/> SORDO	

SERVICIOS SOLICITADOS

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

EVALUACIÓN(ES)
a. TIPOS DE EVALUACIÓN(ES): _____
b. ¿Se completó el referido(s) a la(s) evaluación(es) recomendada(s)? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
c. Si conoce, indique la fecha de referido: _____

REVALUACIÓN(ES)
a. TIPOS DE EVALUACIÓN(ES): _____
b. ¿Se completó el referido(s) a la(s) evaluación(es) recomendada(s)? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
c. Si conoce, indique la fecha de referido: _____

TERAPIAS
a. Tipo de Terapia: _____
b. Indique, si conoce    FRECUENCIA (¿cuántas veces a la semana?) _____ DURACIÓN DE CADA SECCIÓN (ej. 30 o 45 min) _____ MODALIDAD (individual o grupal) _____ FECHA DE LA EVALUACIÓN QUE RECOMIENDA LA TERAPIA: _____
c. ¿Se completó el referido a la terapia recomendada?
d. Si conoce, indique la fecha del referido: _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

**TERAPIAS**

Tipo de terapia: \_\_\_\_\_

- a. Tipo de Terapia: \_\_\_\_\_
- b. Indique, si conoce      FRECUENCIA (¿cuántas veces a la semana?) \_\_\_\_\_  
   DURACIÓN DE CADA SECCIÓN (ej. 30 o 45 min) \_\_\_\_\_  
   MODALIDAD (individual o grupal) \_\_\_\_\_  
   FECHA DE LA EVALUACIÓN QUE RECOMIENDA LA TERAPIA: \_\_\_\_\_
- c. ¿Se completó el referido a la terapia recomendada?
- d. Si conoce, indique la fecha del referido: \_\_\_\_\_       Si       No       No sé

**COMPRA DE EQUIPO ASISTIVO**

- a. Indique cuándo se llevó a cabo la evaluación en asistencia tecnológica: \_\_\_\_\_       No sé
- b. Indique cuándo solicitó la compra del equipo asistido del Depto. De Educación: \_\_\_\_\_       No sé
- c. Indique los equipos que fueron recomendados y no han sido entregados aún:       No sé
  
- 1. \_\_\_\_\_      4. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_      5. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_      6. \_\_\_\_\_

**ASISTENTE DE SERVICIOS O ENFERMERA(O)**

**Asistente de Servicios**

- a. ¿Se completó la solicitud de Asistente de Servicios?       Si       No       No sé
- b. Si conoce, indique la fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

**Enfermera (o)**

- a. ¿Qué servicios ofrecerá la enfermera(o)? \_\_\_\_\_

**COMPRA DE SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN Y PAGO DE BECAS DE TRANSPORTACIÓN**

- a. ¿A dónde se transportará el estudiante?  
 Servicio educativo (hogar a escuela/ escuela a hogar)       Si       No       No sé  
 Servicio de terapia

Pago de beca de transportación:  
¿Cuándo se completó la solicitud de beca de transportación? \_\_\_\_\_

Compra de servicios de transportación:  
¿Cuándo se completó la solicitud de transportación? \_\_\_\_\_

**REMOCIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS**

- a. ¿Se solicitó la remoción de barreras arquitectónicas?       Si       No       No sé
- b. Si conoce, indique la fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_
- c. ¿Qué tipo de barrera arquitectónica solicita sea removida?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMBRE Y POSICIÓN DEL SOLICITANTE

FECHA