

Gobierno de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN  
**SOLICITUD DE REMEDIO PROVISIONAL**

Favor de llenar cada inciso de esta solicitud. De no conocer alguna información solicitada, favor escribir "no sé". Una vez completada la solicitud deberá entregarla en la Unidad Secretarial del Procedimiento de Querrela y Remedio Provisional en las oficinas centrales del Departamento de Educación o enviar por fax al 787-751-1761 y/o vía correo electrónico a [serviciosee\\_uspqrp@de.pr.gov](mailto:serviciosee_uspqrp@de.pr.gov)

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

<b>I. EVALUACIÓN(ES)</b> <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial (para determinar elegibilidad durante proceso de registro) <input type="checkbox"/> Evaluación (para ofrecer servicios relacionados o educativos) a. TIPO DE EVALUACIÓN(ES): _____ b. ¿Se completó el referido(s) a la(s) evaluación(es) recomendada(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
<b>II. REEVALUACIÓN(ES)</b> <input type="checkbox"/> Re-evaluación Inicial (recomendada por especialista o COMPU) <input type="checkbox"/> Re-evaluación Trienal a. TIPO DE REEVALUACIÓN(ES): _____ b. ¿Se completó el referido(s) a la(s) reevaluación(es) recomendada(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé c. Si conoce, indique la fecha de referido: _____		
<b>III. TERAPIAS</b> a. Tipo de terapia: _____ b. Indique, si conoce: FRECUENCIA (¿cuántas veces a la semana?): _____ DURACIÓN DE CADA SESIÓN (ej, 30 o 45 mins): _____ MODALIDAD (individual o grupal): _____ FECHA DE LA EVALUACIÓN QUE RECOMIENDA LA TERAPIA: _____ c. ¿Se completó el referido a la terapia recomendada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé d. Si conoce, indique la fecha del referido: _____		

**TERAPIAS**

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

**IV. 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 asistivo al 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. \_\_\_\_\_

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

- Asistente de Servicios
- a. ¿Se completó la solicitud de Asistente de Servicios?  Sí  No  No sé
- b. Si conoce, indique la fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_
- Enfermera (o)
- a. ¿Cuándo y quiénes recomendaron el servicio de enfermera/o? \_\_\_\_\_
- b. ¿Qué servicios ofrecerá la enfermera/o? \_\_\_\_\_

**VI. 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)
- Servicio de terapias

**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? : \_\_\_\_\_

**VII. REMOCIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS**

- a. ¿Se solicitó la remoción de barreras arquitectónicas?  Sí  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