

REMEDIO PROVISIONAL

¿Qué hacer si el DE no tiene los servicios que su hijo necesita?

Hay ocasiones en que el Departamento de Educación no tiene disponible los recursos para asegurar que el niño reciba los servicios relacionados o de apoyo (transportación asistencia tecnológica) a tiempo. En este caso usted puede solicitar que le den los servicios a través del **Procedimiento de Remedio Provisional**, mediante el cual el Departamento de Educación contrata especialistas privados para proveer estos servicios.

¿CÓMO SOLICITA LOS SERVICIOS BAJO REMEDIO PROVISIONAL?

Los servicios relacionados o de terapia que necesita su hijo, **deben estar establecidos en el PEI, una minuta o en los acuerdos de mediación o vista administrativa.** Usted (padre o tutor) solicitará en su distrito el remedio provisional para su hijo llenando la **Planilla de Información – Remedio Provisional**. Debe incluir copia del PEI, evaluación o minuta que establece la necesidad de los servicios solicitados. El Departamento de Educación le debe contestar por escrito dentro de los próximos veinte (20) días. Si el DE tiene el servicio disponible, le indicará el día, lugar, hora y especialista que ofrecerá el servicio al niño. Si el DE no tiene disponible el servicio, deberá aprobar el Remedio Provisional. Los padres deben identificar al especialista privado que ofrecerá el servicio y con el cual se establecerá un convenio donde se especificará el servicio a ofrecer y su costo. El contrato ya firmado se envía a la **Unidad Secretarial de Querellas y Remedio Provisional (787-773-6157, 773-6159, 773-6164, fax 751- 1761).**

Estado Libre Asociado 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 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	
<i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre 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					
<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					
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 PRIVAD <input type="checkbox"/> ESCUELA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OTRA INSTITUCIÓN					
8. NOMBRE DE LA ESCUELA O INSTITUCIÓN			9. DISTRITO ESCOLAR A LA FECHA DE REGISTRO		
10. 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 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.

I. EVALUACIÓN(ES)

- a. TIPO DE EVALUACIÓN(ES): _____
- b. ¿Se completó el referido(s) a la(s) evaluación(es) recomendada(s)? Sí No No sé
- c. Si conoce, indique la fecha de referido: _____

II. REEVALUACIÓN(ES)

- a. TIPO DE REEVALUACIÓN(ES): _____
- b. ¿Se completó el referido(s) a la(s) reevaluación(es) recomendada(s)? Sí No No sé
- c. Si conoce, indique la fecha de referido: _____

III. 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: _____

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) Sí No No sé
- 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