



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

调解请求

收信人: Director

Office of Special Education (OSE)

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

电子邮箱: osepdisputeresolution@doe.nj.gov

电话: 609-376-9061

传真: 609-984-8422

请注意: 根据 [IDEA 2004](#) 的规定, 您必须尽可能完整、准确地填写所有必要信息。此外, 您必须指出对子女的鉴定、评估、资格、归类、安排、计划及相关服务提供持有异议的具体原因。您还必须说明在您提出投诉时已知和可获得的范围内, 您希望如何解决问题。

必须将**完整申请书**提交给特殊教育办公室, 并将完整申请书的一份副本提交给学区。申请书可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

请注意: 您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页, 在其中说明问题的性质和拟议解决方案。不要将证物提交给特殊教育办公室。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件, 可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

*家长/监护人姓名	*住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址
		*主要电话号码
		备用电话号码
		传真
*学生姓名	学生住址 (若与家长住址不同)	*出生日期
		请注意, 如果学生已年满 18 岁, 需要成人授权或监护令, 除非成年学生本人提交本申请书。

*带有星号的字段是必填字段。

*居住区	县名	学生就读的学校和学校所在的区
请勾选您是否有 <input type="checkbox"/> 律师或 <input type="checkbox"/> 辩护人作为代表。如果有，请在下方提供其联系信息。		
律师或辩护人姓名	住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址 <input type="text"/> 电话 <input type="text"/> 传真 <input type="text"/>
学生是否有 IEP? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
学生是否有 504 计划? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
*请说明问题的性质以及与问题相关的任何事实。		

*带有星号的字段是必填字段。

*请说明可如何解决问题。

* 已经向负责该学生的学区发送了一份本申请书的副本。

*个人申请已发送给	*职位/职衔	*地址
*家长/监护人签名		*日期

*带有星号的字段是必填字段。



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

正当程序听证会请求

收信人: Director

Office of Special Education (OSE)

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

电子邮箱: osepdisputeresolution@doe.nj.gov

电话: 609-376-9061

传真: 609-984-8422

请注意: 根据 [IDEA 2004](#) 的规定, 您必须尽可能完整、准确地填写所有必要信息。此外, 您必须指出对子女的鉴定、评估、资格、归类、安排、计划及相关服务提供持有异议的具体原因。您还必须说明在您提出投诉时已知和可获得的范围内, 您希望如何解决问题。

必须将**完整申请书**提交给特殊教育办公室, 并将完整申请书的一份副本提交给学区。申请书可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

请注意: 您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页, 在其中说明问题的性质和拟议解决方案。不要将证物提交给特殊教育办公室。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件, 可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

*家长/监护人姓名	*住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址
		*主要电话号码
		备用电话号码
		传真
*学生姓名	学生住址 (若与家长住址不同)	*出生日期
		请注意, 如果学生已年满 18 岁, 需要成人授权或监护令, 除非成年学生本人提交本申请书。

*带有星号的字段是必填字段。

*居住区	县名	学生就读的学校和学校所在的区
------	----	----------------

请勾选您是否有 律师或 辩护人作为代表。
如果有，请在下方提供其联系信息。

律师或辩护人姓名	住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址
		电话
		传真

学生是否有 IEP? 是 否

学生是否有 504 计划? 是 否

关于纠纷解决的重要信息:
若家长申请举行正当程序听证会，学区可获得机会在听证会举行之前解决问题。学区需要在收到正当程序听证会请求后 15 个日历日内召开决议会议，家长需要出席该会议。家长与学区可以选择参与由 OSE 主持的调解代替决议会议，或者双方可以约定放弃 30 个日历日决议期的权利，直接进入正当程序听证。

收到本通知时，学区的代表必须立即联系家长安排决议会议。若家长希望学区考虑其他方案，请勾选一项：

本人申请由 OSE 主持的调解会议取代决议会议。若学区同意由调解会议取代决议会议，学区代表必须致电 (609) 376-9061 或发送电子邮件至 mediationscheduler@doe.nj.gov 联系 OSE，以安排调解会议。

本人愿意放弃参加决议会议的权利，直接进入正当程序听证。

本人在下方签字即表示本人放弃 30 个日历日决议期的权利，包括参加决议会议和/或调解会议的机会。学区的授权代表必须也以书面形式同意免除决议期。

签名:

日期:

*带有星号的字段是必填字段。

*请说明问题的性质以及与问题相关的任何事实。

*请说明可如何解决问题。

* 已经向负责该学生的学区发送了一份本申请书的副本。

*个人申请已发送给

*职位/职衔

*地址

*家长/监护人签名

*日期

*带有星号的字段是必填字段。



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

加急正当程序听证会请求**

收信人: Director
Office of Special Education (OSE)
 NJ Department of Education
 P.O. Box 500
 Trenton, NJ 08625-0500
 电子邮箱: osepdisputeresolution@doe.nj.gov
 电话: 609-376-9061
 传真: 609-984-8422

请注意: 根据 [IDEA 2004](#) 的规定, 您必须尽可能完整、准确地填写所有必要信息。此外, 您必须指出对子女的鉴定、评估、资格、归类、安排、计划及相关服务提供持有异议的具体原因。您还必须说明在您提出投诉时已知和可获得的范围内, 您希望如何解决问题。

必须将**完整申请书**提交给特殊教育办公室, 并将完整申请书的一份副本提交给学区。申请书可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

请注意: 您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页, 在其中说明问题的性质和拟议解决方案。不要将证物提交给特殊教育办公室。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件, 可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

*家长/监护人姓名	*住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址
		*主要电话号码
		备用电话号码
		传真
*学生姓名	学生住址 (若与家长住址不同)	*出生日期
		请注意, 如果学生已年满 18 岁, 需要成人授权或监护令, 除非成年学生本人提交本申请书。

*带有星号的字段是必填字段。
 **加急正当程序听证会请求仅适用于纪律处分事宜。N.J.A.C. 6A:14-2.7(m)

*居住区	县名	学生就读的学校和学校所在的区
请勾选您是否有 <input type="checkbox"/> 律师或 <input type="checkbox"/> 辩护人作为代表。 如果有, 请在下方提供其联系信息。		
律师或辩护人姓名	住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址 电话 传真
学生是否有 IEP? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
学生是否有 504 计划? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
关于加急正当程序听证会的重要信息: 若家长申请举行加急正当程序听证会, 学区可获得机会在听证会举行之前解决问题。学区需要在收到正当程序听证会请求后 7 天内召开决议会议, 家长需要出席该会议。家长与学区可以选择参与由 OSE 主持的调解代替决议会议, 或者双方可以约定放弃决议期的权利, 直接进入加急正当程序听证。		
收到本通知时, 学区的代表必须立即联系家长安排决议会议。若家长希望学区考虑其他方案, 请勾选一项: <input type="checkbox"/> 本人申请由 OSE 主持的调解会议取代决议会议。若学区同意由调解会议取代决议会议, 学区代表必须致电 (609) 376-9061 或发送电子邮件至 mediationscheduler@doe.nj.gov 联系 OSE, 以安排调解会议。 <input type="checkbox"/> 本人愿意放弃参加决议会议的权利, 直接进入正当程序听证。		
本人在下方签字即表示本人放弃决议期的权利, 包括参加决议会议和/或调解会议的机会。学区的授权代表也必须以书面形式同意免除决议期。 签名: <input type="text"/> 日期: <input type="text"/>		

*带有星号的字段是必填字段。

**加急正当程序听证会请求仅适用于纪律处分事宜。N. J. A. C. 6A:14-2.7(m)

*请说明问题的性质以及与问题相关的任何事实。

*请说明可如何解决问题。

* 已经向负责该学生的学区发送了一份本申请书的副本。

*个人申请已发送给

*职位/职衔

*地址

*家长/监护人签名

*日期

*带有星号的字段是必填字段。

**加急正当程序听证会请求仅适用于纪律处分事宜。 *N.J.A.C. 6A:14-2.7(m)*



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

紧急援助请求

需要在正当程序听证会对问题的最终判决未定之时做出临时（暂时）判决的情况下填写。

请注意：仅在依照 N.J.A.C. 6A:14-2.7® 的规定，正当程序听证悬而未决必须签发临时法庭命令时才可寻求紧急援助。如果未提交正当程序听证会请求，家长必须连同紧急援助请求一起提交正当程序听证会请求。

为了符合申请紧急援助的条件，请在下表中填写所有必要信息。提交本申请书时，还必须一起提交《寻求紧急援助申请的宣誓证明书或经公证的声明》。所有必要表格可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

请注意：您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件，可供免费下载：<https://get.adobe.com/reader/>。

请说明紧急问题的性质以及任何相关事实。

请说明可如何解决问题。

已经向学区发送了一份本申请书的副本：

另一方的姓名、详细地址和电话号码

--



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

***寻求紧急援助申请的宣誓证明书或经公证的声明**

收信人: Director

Office of Special Education (OSE)

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

电子邮箱: osepdisputeresolution@doe.nj.gov

电话: 609-376-9061

传真: 609-984-8422

必须将**完整申请书**提交给特殊教育办公室，并将完整申请书的一份副本提交给学区。申请书可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

请注意: 您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件，可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

本人 ，达到法定年龄，特此确认：
(申请人全名)

1. 本人是 (勾选适当的选项)：

成年学生 家长 法定监护人 律师 辩护人

(未成年学生的全名或学区的名称)

2. 本人作出此证明，以支持本人的紧急援助申请，该申请附于本证明。

3. 本人理解，依照教育局 [\(N.J.A.C. 6A:14-2.7\(r\)\)](#) 和行政法办公室 [\(N.J.A.C. 1:6A-12.1\)](#) 颁布的法规，紧急援助是在有限情形中可用的救济

4. 本人相信本人有权享受紧急援助，因为诉讼中的事务涉及以下一个或多个问题：(勾选所有适用的选项)

涉及服务供应中断的问题；

涉及纪律处分的问题，包括残疾表征判定和临时替代教育安置决定；

关于尚未获得正当程序诉讼结果的安置的问题；

关于毕业或参加毕业典礼的问题。

*根据新泽西州法院规则，1969，R. 1:4-4(b)

5. 本人理解，依照 [N.J.A.C. 1:6A-12.1](#) 的规定，行政法官根据以下证据可以批准紧急援助：

- a. 若不批准紧急援助申请，起诉人将遭受无可挽回的伤害；
- b. 起诉人权利主张所依据的法定权利已经得到落实；
- c. 起诉人有可能凭藉其优先求偿权的法律权力而占上风；以及
- d. 若不批准紧急援助申请，则到双方的正义和利益得到平衡时，起诉人将遭受比被诉人更严重的伤害。

6.

本人已经填写《紧急援助申请》并向教育局提供《紧急援助申请》中规定的相关信息。

7. 本人已经向被诉人（对立方）提供填妥且签字的《紧急援助申请》副本

被诉人姓名（请以正楷填写）

请注意：如果填表人是家长或监护人的代表，必须提供向当事学生居住地学区的督学提供一份副本。如果填表人是学区的代表，必须向律师/家长或监护人/成年学生提供副本。

被诉人详细地址：

提交给被诉人的日期：

本人确认上述声明由本人做出，内容真实无误。本人知悉，若上述由本人做出的声明存在故意弄虚作假，本人将受到惩罚。

 日期

（申请人签名）



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

调解协议强制执行请求

收信人: Director

Office of Special Education (OSE)

NJ Department of Education

P.O. Box 500

Trenton, NJ 08625-0500

电子邮箱: osepdisputeresolution@doe.nj.gov

电话: 609-376-9060

传真: 609-984-8422

注意:

- OSE 必须在获得调解协议的副本之后才会对强制执行申请采取措施。
- 如果调解协议的任何条文被双方后续达成的协定修改, 则不得请求强制执行调解协议中此等被修改的部分。
- 强制执行申请必须在需要被强制执行的对象 (即按照调解协议规定应当实施但未实施措施) 应当实施之日起 90 个日历日内向 OSE 提出。未能及时提交申请, 将导致 OSE 无法强制执行。
- 必须将完整申请书提交给特殊教育办公室, 并将完整申请书的一份副本提交给学区。申请书可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件, 可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

与学生的关系: (勾选一项)		
<input type="checkbox"/> 家长/监护人	<input type="checkbox"/> 律师	<input type="checkbox"/> 辩护人
发件人 (请在下方填写发件人的姓名)	住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址
		家庭电话号码
		工作电话号码
		传真
调解协议是在哪一天签订的?		
在签订调解协议之后, 双方是否达成修改原调解协议的协定? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果选择“是”, 请在下方说明情况。如有需要可另附纸张)		

--

希望强制执行哪些措施？

--

您目前是否参与或最近曾申请后续调解或正当程序听证？

是 否

如果您最近曾申请调解或正当程序听证，那么相关后续分歧的主题是什么？

--

简要陈述您确信教育机构未能实施的调解协议中的具体条款（标明页码及条款编号）。

--

OSE 在收到强制执行申请后，会立即将此等申请的副本发往学区，要求学区作出答复。在适当情况下提供机会让学区与家长解决此等申请所涉及的问题。如果双方无法及时、圆满地解决相关的问题，OSE 将指示学区提交合规证据。OSE 收到此等证据后将判断学区对调解裁决的执行情况。如果判定学区未能执行裁决，或未能完全执行裁决，OSE 会相应地命令学区执行或完全执行裁决。

家长/监护人签名

--

日期

--	--



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

行政法办公室裁决强制执行请求

收信人: Director
Office of Special Education (OSE)
 NJ Department of Education
 P.O. Box 500
 Trenton, NJ 08625-0500
 电子邮箱: osepdisputeresolution@doe.nj.gov
 电话: 609-376-9060
 传真: 609-984-8422

注意:

- **OSE 必须在获得行政法官签发的裁决的副本之后才会对强制执行申请采取措施。**
- 如果裁决的任何条文被双方后续达成的协定修改, 则不得请求强制执行裁决中此等被修改的部分。
- 强制执行申请必须在需要被强制执行的对象 (即按照听证会裁决规定应当实施但未实施措施) 应当实施之日起 90 个日历日内向 **OSE** 提出。未能及时提交申请, 将导致 **OSE** 无法强制执行。
- 必须将**完整申请书**提交给特殊教育办公室, 并将完整申请书的一份副本提交给学区。申请书可通过电子邮件、传真或邮寄方式提交给特殊教育办公室。

请注意: 您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件, 可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

与学生的关系: (勾选一项)		
<input type="checkbox"/> 家长/监护人	<input type="checkbox"/> 律师	<input type="checkbox"/> 辩护人
申请人	住址、城市、州、邮政编码	电子邮件地址
		*主要电话号码
		备用电话号码
		传真
行政法官裁决日期:		

*带有星号的字段是必填字段。

裁决签发之后，双方是否达成任何协定来修改裁决或法庭命令的条款？ 是 否
(如果选择“是”，请在下方说明情况)。

希望强制执行哪些措施？

您目前是否参与或最近曾申请调解或正当程序听证？

是 否

(如果选择“是”，请提供所知的机构参考编号)

如果您最近曾申请调解或正当程序听证，那么相关分歧的主题是什么？

简要陈述您确信未能实施的具体条款(标明页码及条款编号)。

OSE 在收到强制执行申请后，会立即将此等申请的副本发往学区，要求学区作出答复，在适当情况下提供机会让学区与家长解决此等申请所涉及的问题。如果双方无法及时、圆满地解决相关的事务，OSE 将指示学区提交合规证据，OSE 收到此等证据后将判断学区对调解裁决的执行情况。如果判定学区未能执行裁决，或未能完全执行裁决，OSE 会相应地命令学区执行或完全执行裁决。

家长/监护人签名

日期

*带有星号的字段是必填字段。



新泽西州
教育局
特殊教育办公室

投诉调查请求

收信人: Director
Office of Special Education (OSE)
 NJ Department of Education
 P.O. Box 500
 Trenton, NJ 08625-0500
 电子邮箱: specialeducationcomplaints@doe.nj.gov
 电话: 609-376-9060
 传真: 609-984-8422

OSE 接受以邮寄、传真和电子邮箱方式提交的投诉调查申请。若要通过电子邮件提交，请将填妥的投诉调查申请书发送到 specialeducationcomplaints@doe.nj.gov。

您可以在电子邮件中附上 PDF 格式的补充页。Adobe Acrobat Reader 阅读器是一款文件阅读器软件，可供免费下载: <https://get.adobe.com/reader/>。

<p>*投诉人姓名</p>	<p>*住址、城市、州、邮政编码</p>	<p>*电子邮箱</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>*主要电话号码</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>备用电话号码</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>传真</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>与学生的关系（如果被指控违规行为涉及特定学生）</p> <p><input type="checkbox"/> 家长/监护人</p> <p><input type="checkbox"/> 律师</p> <p><input type="checkbox"/> 辩护人</p> <p><input type="checkbox"/> 其他</p>	<p>*学生姓名（并且/或者指明受到被指控违规行为影响的学生群体）：</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>学生出生日期</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	

*带有星号的字段是必填字段。

***如果被指控的违规行为涉及特定学生，请提供学生住址（若与家长住址不同）。如果当事学生为无家可归的儿童，请填写可用的联系信息，包括学生就读的学校：**

负责该学生的学区

县

***学生就读的学校**

1. 请勾选适用的陈述

- 本人目前正参与或最近曾申请正当程序听证。机构参考编号（若知道）：
- 本人已经附上该申请的副本。
- 本人正在考虑申请正当程序听证。若这样做，本人将发送该申请的副本。
- 本人不打算申请正当程序听证。

请注意：如果投诉调查申请所述的问题也是正当程序听证的主题，则此等问题将被搁置，直至正当程序听证结束。

请注意：如果行政法官对此等问题做出裁决，则以行政法官的裁决为准。

***2. 简要陈述您相信已经发生的违反特殊教育法或法规的具体行为。若选择附上补充资料或文件，仍必须概述被指控的违规行为，且应当如实陈述。**

*带有星号的字段是必填字段。

<p>请注意：如果您指控的违规行为涉及特定学生或特定学区/教育机构，您应当在向教育局发起投诉的同时将投诉申请的副本发给当事学区/教育机构的督学。请勾选适用的陈述：</p>	
<input type="checkbox"/> 已通过电子邮件发送投诉申请的副本。 <input type="checkbox"/> 已邮寄投诉申请的副本。 <input type="checkbox"/> 已亲自递交投诉申请的副本。	*收件人姓名：
	*发送日期：
<p>根据《新泽西州行政法规》第 6A:14-9.2(b) 条的规定，特殊教育办公室在获得通知，知悉投诉调查申请已经提供给相应的教育机构之前不会处理投诉</p>	
*申请提交人签名：	*日期：

*带有星号的字段是必填字段。