



**Office for Exceptional Children**  
**Attn: Assistant Director of Procedural Safeguards**  
**25 South Front Street, 2<sup>nd</sup> Floor, MS 202**  
**Columbus, OH 43215**

## 投诉书表格

投诉人的姓名: \_\_\_\_\_

投诉人与学生的关系: \_\_\_\_\_

投诉人的住址: \_\_\_\_\_

城市、州和邮政编码: \_\_\_\_\_

投诉人的电话号码: \_\_\_\_\_

工作电话号码: \_\_\_\_\_

家庭电话号码: \_\_\_\_\_

电子邮箱 (可选填) \_\_\_\_\_

学生的姓名: \_\_\_\_\_

学生的住址 (假如与投诉人的住址不同):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

学生的年龄: \_\_\_\_\_ 学生的年级: \_\_\_\_\_

学生被认定/怀疑的身心障碍领域: \_\_\_\_\_

学生住址所在的学区: \_\_\_\_\_

学生就读的学校名称: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 如果您的孩子参加了自闭症奖学金项目, 请勾选此处













请列出您针对这些问题已经联系过的学校官员（包括姓名和职衔）：

---

---

---

---

---

---

---

投诉人签名： \_\_\_\_\_

根据美国联邦行政法典第 34 篇第 300.153 节，这份表格必须要有您的签名，否则我们不能处理表格并必须将它退还给您以便您签名。

- 特殊儿童办公室仅接受有**签字原件**的正式投诉， 将不接受传真的投诉书或通过电子邮件寄来的投诉书。
- 根据美国联邦行政法典第 34 篇第 300.153 (c) 节，投诉人必须寄一份本投诉书给被投诉的学区。

假如您已将一份本投诉书的附件寄给被投诉的学区主管，请勾选这个方框。（请注意这是必需的）

做出审查的结论之后，除非投诉人已经针对信息的公开获得并提出所需的同意，特殊儿童办公室只将调查结果发给家长或已届成年的学生以及学区。假如该投诉没有信息公开所需的同意，投诉人会收到一封确认信，说明任何已确定的违法部分已经获得处理。

**注意：**使用本表格并非必需的。您可以递交您自己的投诉书以取代本表格，但您的要求书里必须包括美国联邦行政法典第 34 篇第 300.153 节所要求的所有信息。

请把所有的投诉书邮寄至以下地址：

**Ohio Department of Education Office for Exceptional Children  
Attn: Assistant Director of Procedural Safeguards  
25 South Front Street, 2<sup>nd</sup> Floor, MS 202  
Columbus, OH 43215**

如果您对填写这份表格或投诉手续有问题，请致电（614）466-2650 联系特殊儿童办公室。