

Departamento de Salud de New Jersey  
Sistema de Intervención Temprana  
P.O. Box 364  
Trenton, NJ 08625-0364

**ACUERDO ALCANZADO  
RETIRO DE MEDIACION, AUDIENCIA O RECLAMO**

Nombre de la Persona/Organización Presentando el reclamo	Fecha
Agencia/Proveedor participante contra quien se hace el reclamo	
Naturaleza del reclamo	
Medidas tomadas por la Agencia/Proveedor participante para confrontar el reclamo	
Próximas medidas acordadas para confrontar reclamos	

Yo he revisado y discutido la información anterior con \_\_\_\_\_ .

Yo siento que las medidas adecuadas han sido acordadas para confrontar mi reclamo. Por tanto, estoy retirando mi reclamo formal en este momento.

Yo entiendo que yo puedo, en cualquier momento, volver a presentar este reclamo si las medidas acordadas no se han llevado a cabo, si yo no estoy satisfecho con los resultados o por cualquier otra razón. Yo además entiendo que puedo presentar un reclamo en otros asuntos relacionados a la provisión de servicios de intervención temprana. Yo he recibido una copia de "Derechos de Familia en el Sistema de Intervención Temprana de New Jersey". Me han explicado estos derechos y los entiendo.

Firma del Padre	Fecha
-----------------	-------

Agencia/Proveedor acuerdan a implementar/completar las medidas contenidas en este acuerdo.

Firma de la Agencia/Proveedor participante	Fecha
--	-------