

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
SALA SUPERIOR DE SAN JUAN**

ROSA LYDIA VÉLEZ Y OTROS

Demandante

vs.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Y OTROS

Demandados

CIVIL NÚM: K PE1980-1738 (805)

SOBRE:

INJUNCTION CLÁSICO;

DAÑOS y PERJUICIOS

CASO EDUCACIÓN ESPECIAL

Reclamación

FASE DE DAÑOS ROSA LYDIA VÉLEZ vs. DEPR

Al Comisionado Especial:

Lcdo. Carlos Rivera Martínez

Comisionado

Apdo. 1713 Caguas,

Puerto Rico 00726-1713

correo electrónico: comisionado.ed.especial@gmail.com

1. Nombre del niño(a) o joven de educación especial: _____	
Núm. de registro (si lo conoce): _____	Núm. de SIE (si lo conoce): _____
2. Fecha de nacimiento del niño(a) o joven de educación especial: _____	
Nombre de la escuela: _____ Municipio: _____	
3. Nombre de la madre, del padre, del tutor, del encargado(a), que también son reclamantes :	
Madre: _____	Padre: _____
Tutor: _____	Encargado: _____
4. Dirección postal: _____	
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____	

5. Breve relato de la condición del niño/a, joven, incluyendo diagnóstico y servicios directos o relacionados de educación especial que no le están o no le fueron brindados.

Breve relato de la condición del niño/a, joven:

Diagnósticos (Marcar con ✓):

<input type="checkbox"/> Disturbios Emocionales	<input type="checkbox"/> Impedimento Visual	<input type="checkbox"/> Problemas Específicos de Aprendizaje
<input type="checkbox"/> Sordo-Ciego	<input type="checkbox"/> Impedimentos Múltiples	<input type="checkbox"/> Problemas de Habla o Lenguaje
<input type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/> Incapacidad intelectual (Retardación Mental)	<input type="checkbox"/> Daño Cerebral por Trauma
<input type="checkbox"/> Problemas de Audición		<input type="checkbox"/> Impedimentos Ortopédicos
<input type="checkbox"/> Autismo		<input type="checkbox"/> Otros Impedimentos de Salud

Otros, especifique:

Servicios de educación que no le están o no le fueron brindados (Marcar con ✓):

<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Beca de transportación	Terapias (no recibidas):	<input type="checkbox"/> física
<input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Ubicación escolar apropiada		<input type="checkbox"/> ocupacional
<input type="checkbox"/> Re evaluación	<input type="checkbox"/> Equipo asistencia tecnológica	<input type="checkbox"/> habla lenguaje	<input type="checkbox"/> ocupacional
<input type="checkbox"/> PEI	<input type="checkbox"/> Asistente de servicios (T-1)	<input type="checkbox"/> visual funcional	enfoque sensorial
<input type="checkbox"/> Transportación	<input type="checkbox"/> Servicio (año escolar) extendido	<input type="checkbox"/> disfagia	<input type="checkbox"/> otras:
	<input type="checkbox"/> Dieta recomendada	<input type="checkbox"/> psicológica	
	<input type="checkbox"/> Servicios compensatorios terapias		

Otros, especifique:

6. Los daños que reclama a favor del niño, niña o joven de educación especial, así como los daños del padre, madre, tutor o encargado. **Deberá especificar los daños sufridos por cada reclamante.** (Marcar con ✓ y especificar)

Reclamantes (Marcar con ✓ y especificar):

___ niño, niña, joven de educación especial ___ madre ___ padre ___ encargado (_____)

___ Daños físicos :

___ Angustias y sufrimientos mentales y/o emocionales:

___ Pérdidas económicas: ___ pérdida de empleo ___ pérdida de ingresos

Daños en el aprendizaje:

<input type="checkbox"/> Retraso académico	<input type="checkbox"/> Retraso en la fecha de graduación
<input type="checkbox"/> Retraso cognoscitivo	<input type="checkbox"/> Deserción escolar o Abandono de escuela
<input type="checkbox"/> Retraso en aprendizaje	<input type="checkbox"/> Retraso en destrezas vida independiente
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo educativo	

Gastos:

<input type="checkbox"/> Gastos médicos	<input type="checkbox"/> Deducibles	<input type="checkbox"/> Gastos por equipo asistivo
<input type="checkbox"/> Gastos por especialistas	<input type="checkbox"/> Gastos por servicios	<input type="checkbox"/> Gastos por educación privada
<input type="checkbox"/> Gastos por terapias	<input type="checkbox"/> Gastos por transportación	

___ Otros daños, especifique:

7. Identificar su representación legal (Escoja una alternativa con ✓)

(1) ___ Se autoriza a los representantes de la clase en su fase interdical a representarnos en la fase de daños y perjuicios.

(2) ___ Otra representación legal:

Nombre: _____ RUA: _____

Dirección: _____

Tel. _____ Fax: _____ Email: _____

No se aceptará solicitud de inclusión al pleito de daños que: (1) la fecha de la estampilla (matasellos) del correo o del envío del correo electrónico sea posterior al 31 de octubre de 2016 y (2) que no contenga toda la información aquí solicitada.

Favor de llenar y remitir este formulario, **en o antes del 31 de octubre de 2016**, al:

Lcdo. Carlos Rivera Martínez, Comisionado,

Apdo. 1713 Caguas, Puerto Rico 00726-1713;

o a su correo electrónico: comisionado.ed.especial@gmail.com.