

**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](mailto: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 <b>también son reclamantes</b> :	
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](mailto:comisionado.ed.especial@gmail.com).**