

**ФОРМА ЖАЛОБЫ НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕР ФИЗИЧЕСКОГО  
ОГРАНИЧЕНИЯ, ИЗОЛЯЦИИ И (ИЛИ)  
ВРЕМЕННОГО ОТСТРАНЕНИЯ ОТ ЗАНЯТИЙ (ФОИВО).**

Согласно статье 1.285 Кодекса административных правонарушений штата Иллинойс ([23 Ill. Admin. Code 1.285](#)), любой родитель или опекун, физическое лицо, организация или адвокат имеют право подать в адрес суперинтенданта штата **подписанную** жалобу в письменной форме с утверждением о предполагаемом нарушении положений данной статьи со стороны школьного округа или иной организации, предоставляющей учащемуся услуги. Жалоба принимается к рассмотрению только в том случае, если в ней речь идет о предполагаемом нарушении, имевшем место не более чем за год до даты, когда родитель, опекун, физическое лицо, организация или адвокат получили уведомление о таком нарушении.

Для рассмотрения жалобы необходимо заполнить данную форму, указав всю запрашиваемую информацию. При необходимости к ней можно приложить дополнительные страницы. Заполненную форму и все дополнительные страницы просьба отправлять в виде вложений по адресу: [RestraintTimeOut@isbe.net](mailto:RestraintTimeOut@isbe.net). Если вам нужна помощь в заполнении формы, позвоните по телефону 217-782-5270.

**СОДЕРЖАНИЕ ЖАЛОБЫ**

ДАТА ИНЦИДЕНТА ФОИВО	ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ
АДРЕС (укажите улицу, город, штат и почтовый индекс)		ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СВЯЗИ В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ
СТАТУС ПО ОТНОШЕНИЮ К УЧАЩЕМУСЯ: <input type="checkbox"/> Родитель/Опекун <input type="checkbox"/> Физическое лицо <input type="checkbox"/> Организация <input type="checkbox"/> Адвокат <input type="checkbox"/> Сам учащийся		НОМЕР МОБ. ТЕЛЕФОНА
ОСНОВНОЙ ЯЗЫК <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Другой: _____		ЛЮБАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С УЧАЩИМСЯ
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ СВЯЗИ		
ЗАЯВИТЕЛЬ ПРОСИТ СОХРАНИТЬ СВОИ ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ В ТАЙНЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ**

ФИО	ДАТА РОЖДЕНИЯ	АДРЕС (укажите улицу, город, штат и почтовый индекс)
ШКОЛА, ГДЕ ИМЕЛ МЕСТО ИНЦИДЕНТ(-Ы) ФОИВО		АДРЕС ШКОЛЫ (укажите улицу, город, штат и почтовый индекс)
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ШКОЛЫ (укажите, в том числе, код города)		ДРУГАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
ЗАЧИСЛЕН ЛИ ДАННЫЙ УЧАЩИЙСЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В УКАЗАННУЮ ВЫШЕ ШКОЛУ?: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
ЕСЛИ НЕТ, УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ ТЕКУЩЕЙ ШКОЛЫ.		ТЕКУЩИЙ АДРЕС ШКОЛЫ (укажите улицу, город, штат и почтовый индекс)

**СОДЕРЖАНИЕ ЖАЛОБЫ:**

Факты, лежащие в основе жалобы. При необходимости можно приложить дополнительные страницы.

**ОПИСАНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМЫХ НАРУШЕНИЙ ФОИВО:**

Blank area for describing the alleged FOIA violations.

**КАКОЕ РЕШЕНИЕ ПРЕДЛАГАЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ ПРЕДПОЛАГАЕМЫХ НАРУШЕНИЙ:**

Blank area for describing the proposed resolution for the alleged violations.

**МЕРЫ, ПРИНЯТЫЕ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (ПРОБЛЕМ):**

**ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ (включая любые факты, касающиеся проблемы, или ФИО/контактная информация любых других учащихся, имеющих отношение к проблеме):**

---

**Цифровая или оригинальная подпись**  
лица, заполняющего данную форму

---

Дата