

CENTRAL UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Forme de Queja Uniforme

I. Información de contacto

Nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____ Apt. #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono celular o de trabajo: _____

II. Queja

Usted está presentando esta queja en nombre de:

- Padre/Guardián Estudiante Testigo del incidente

III. Información escolar

Nombre de la escuela: _____

Director: _____

IV. Base de la queja

District violation of state or federal law or regulations governing:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación para adultos | <input type="checkbox"/> Cuidado y Desarrollo Infantil |
| <input type="checkbox"/> Trayectoria/Educación Técnica | <input type="checkbox"/> Tasas de alumnos para actividades educativas |
| <input type="checkbox"/> Educación Especial | <input type="checkbox"/> Educación para Migrantes |
| <input type="checkbox"/> Plan de Responsabilidad de Control Local | <input type="checkbox"/> Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Categórica Consolidada | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Discriminación ilegal, incluyendo acoso discriminatorio, intimidación o intimidación, basada en características reales o percibidas de los siguientes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Nacionalidad |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Origen Nacional |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Raza o etnicidad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física o mental | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Identificación de grupos étnicos | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Expresión de Género | <input type="checkbox"/> Acoso sexual (Título IX) |
| <input type="checkbox"/> Identidad de género | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual |
| <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Asociación con cualquiera de estas características reales o percibidas |
| <input type="checkbox"/> Información genética | |
| <input type="checkbox"/> Estado civil o parental | |

Alegaciones de incumplimiento de lo siguiente:

- Bullying que no se basa en las clases protegidas mencionadas anteriormente
- Represalias contra un reclamante u otro participante en el proceso de queja o cualquier persona que haya actuado para descubrir o denunciar una violación sujeta a los procedimientos uniformes de queja.

V. Detalles de la queja

Por favor, responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Adjunte hojas de papel adicionales si necesita más espacio.

Describa el tipo de incidente que experimentó que condujo a esta queja, con el mayor detalle posible, incluyendo todas las fechas y horas en que ocurrió el incidente o cuando los actos de alegato según los suyos llegaron por primera vez a su atención y ubicación donde el incidente(s) ocurrido(s):

Enumere las personas involucradas en la(s) queja(s) de incidente(s) de:

Enumere todos los testigos del incidente(s):

¿Qué pasos, si los hay, ha tomado para resolver este problema antes de presentar una queja?

Firma de la queja de presentación de la persona

Fecha

Por favor, envíe esta queja a:

Oficina del Superintendente

351 Ross Ave
El Centro, CA 92243
Fax (760) 353-3606

