



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO

FORMULARIO UNIFORME DE QUEJA

FECHA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTA QUEJA:

1. NOMBRE: SR. SRA. SRTA. _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD Y ESTADO _____

TELÉFONO: CASA _____ CELULAR _____
(ÁREA) (ÁREA)

2. NOMBRE DE LA PERSONA DE QUIEN USTED SE ESTÁ QUEJANDO:

NOMBRE: SR. SRA. SRTA. _____
(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

POSICIÓN _____

LUGAR _____

TELÉFONO: TRABAJO _____
(ÁREA)

3. TIPO DE QUEJA:

MARCAR UNA O MAS Y ESPECIFICAR CADA QUEJA MARCADA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SEXO ACTUAL O PERCIBIDO | <input type="checkbox"/> EDAD |
| <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | <input type="checkbox"/> RAZA |
| <input type="checkbox"/> DESCENDENCIA | <input type="checkbox"/> COLOR |
| <input type="checkbox"/> ORIGEN ÉTNICO | <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL |
| <input type="checkbox"/> RELIGIÓN | <input type="checkbox"/> SEXO (TÍTULO IX) |
| <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN SEXUAL | <input type="checkbox"/> EMBARAZO |
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD (MENTAL O FÍSICA) | <input type="checkbox"/> REPRESALIA |
| <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN CON GRUPO ÉTNICO | <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL |
| <input type="checkbox"/> GÉNERO (IDENTIDAD O EXPRESIÓN) | <input type="checkbox"/> ACOSO |
| <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | <input type="checkbox"/> INTIMIDACIÓN |
| <input type="checkbox"/> CONDICIÓN MÉDICA
(CÁNCER O CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS) | <input type="checkbox"/> AGRESIÓN |
| | <input type="checkbox"/> REQUISITO ILEGAL DE CUOTAS |

ASOCIACIÓN CON UNA PERSONA O GRUPO
CON UNO O MÁS DE LOS REQUISITOS
NOTADOS ARRIBA DE CARACTERÍSTICAS
ACTUALES O PERCIBIDAS

INFRACCIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD ESCOLAR

4. ¿CUÁL ES LA FECHA MÁS RECIENTE EN QUE FUE DISCRIMINADO O FUE AFECTADO ADVERSAMENTE POR LA PERSONA(S) IDENTIFICADA EN LA SECCIÓN #2?

5. SI LA FECHA ANTERIOR FUE HACE MAS DE 180 DÍAS, POR FAVOR EXPLICAR POR QUÉ ESPERÓ HASTA AHORA PARA PRESENTAR UNA QUEJA.

6. ¿CUÁNDO EMPEZÓ LA DISCRIMINACIÓN ALEGADA O ACCIÓN ADVERSA?

7. ¿CUÁNDO PRIMERAMENTE SE PERCATÓ USTED QUE EL TRATO, ACTO O DECISIÓN FUE DISCRIMINATIVO, ILEGAL O EN CONTRA DE LA NORMA, REGLAMENTO O REGULACIÓN DE LA DIRECTIVA?

8. ¿TRATÓ USTED DE RESOLVER SU QUEJA CON LA PERSONA IDENTIFICADA EN LA SECCIÓN #2, CON SU SUPERVISOR INMEDIATO, EL DIRECTOR DE LA ESCUELA O ADMINISTRADOR DE PROGRAMA?

SI NO

SI MARCÓ SI, ¿CON QUIÉN HABLÓ USTED?

NOMBRE: _____

POSICIÓN: _____

LUGAR _____

FECHA DE LA CONFERENCIA: _____

¿CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA CONFERENCIA?

9. POR FAVOR DESCRIBIR EL INCIDENTE O INCIDENTES DE ACOSO, HOSTIGAMIENTO O DISCRIMINACIÓN POR LOS QUE USTED PASÓ, INCLUSO EL LUGAR DONDE LOS INCIDENTES OCURRIERON, Y LAS PERSONAS QUE ESTABAN PRESENTES EN CADA INCIDENTE OCURRIDO. (Incluir páginas adicionales si es necesario).

10. ¿QUÉ ESPERA QUE SUCEDA COMO RESULTADO DE ESTA QUEJA?

11. PONGA LOS NOMBRES, DIRECCIONES Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SUS TESTIGOS Y RELEVANTE INFORMACIÓN QUE CADA UNO DE SUS TESTIGOS PUEDE PROVEER SOBRE EL CASO. (Incluir páginas adicionales si es necesario).

TESTIGO #1

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

QUÉ INFORMACIÓN ESTE TESTIGO PUEDE PROVEER.

TESTIGO #2

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

QUÉ INFORMACIÓN ESTE TESTIGO PUEDE PROVEER.

TESTIGO #3

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

QUÉ INFORMACIÓN ESTE TESTIGO PUEDE PROVEER.

Yo entiendo que la Directiva de Educación, oficina de Personal o sus designados asignados a investigar la queja pueden pedirme más información sobre esta queja y si dicha información sobre esta queja está disponible, deberé presentarla cuando me la pidan.

También entiendo que la oficina de Personal me dará una copia de esta queja y asimismo se la dará a la persona contra la que me estoy quejando, quien tendrá la oportunidad de responder por escrito a esta queja.

Además entiendo que se si la Directiva de Educación lleva a cabo una audiencia sobre esta queja, dicha audiencia se hará en sesión cerrada, excluyendo a la prensa y al público y que se me informará sobre la hora, fecha y lugar en donde se hará la audiencia.

Yo certifico bajo pena de perjurio que todas las declaraciones son verdaderas y correctas.

Firmado el día _____ del mes de _____

20_____, en _____, California

Firma

Fecha

POR FAVOR SOMETER EL FORMULARIO COMPLETO A:

Distrito Escolar Unificado de Rialto
Servicios de Personal
182 E. Walnut Avenue
Rialto, CA 92376