



EL MONTE UNION HIGH SCHOOL DISTRICT PROCEDIMIENTO UNIFORME DE QUEJAS

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre del Estudiante (*si aplica*): _____ Grado: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Domicilio/# de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de Celular: _____ Número de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Presunta Violación: _____ Ubicación de Presunta Violación: _____

Por Favor Marque Uno: Padre/Tutor Estudiante Empleado del Distrito Otro _____

Para las alegaciones de incumplimiento, por favor marque el programa o actividad a que se refiere su queja, si es aplicable:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación de Adultos | <input type="checkbox"/> Educación Compensatoria | <input type="checkbox"/> Plan de Control Local y Rendimiento de Cuentas (LCAP) |
| <input type="checkbox"/> Educación y Seguridad Después de Escuela | <input type="checkbox"/> Ayuda Categórica Consolidada | <input type="checkbox"/> Educación Migrante |
| <input type="checkbox"/> Educación Vocacional Agrícola | <input type="checkbox"/> Periodos de Cursos sin Contenido Educativo | <input type="checkbox"/> Minutos de Instrucción de Educación Física |
| <input type="checkbox"/> Educación de los Indios Americanos | <input type="checkbox"/> Ayuda de Impacto Económico | <input type="checkbox"/> Ocupación Regional |
| <input type="checkbox"/> Educación Bilingüe | <input type="checkbox"/> Programas de Aprendices de Inglés | <input type="checkbox"/> Planes de Seguridad Escolar |
| <input type="checkbox"/> Programas de Asistencia y Revisión de Compañeros de CA para Profesores | <input type="checkbox"/> Every Student Succeeds Act/ No Child Left Behind (Títulos I-VII) | <input type="checkbox"/> Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Educación de Carreras Técnicas | <input type="checkbox"/> Estudiante de crianza/sin hogar/anteriormente de la corte juvenil | <input type="checkbox"/> Preescolar del Estado |
| <input type="checkbox"/> Cuidado y Desarrollo Infantil | <input type="checkbox"/> Estudiante Lactante | <input type="checkbox"/> Honorarios de Estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Nutrición Infantil | | <input type="checkbox"/> Educación para la Prevención del Consumo del Tabaco |

Para las alegaciones de discriminación ilícita, acoso, intimidación u hostigamiento, por favor verifique la base de tal como se describe en su queja, si es aplicable:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Identificación de Grupos Étnicos | <input type="checkbox"/> Sexo (Real o Percibido) |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Género/Expresión de Género/Identidad de Género | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual (Real o Percibida) |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Asociación con una persona o grupo con una o más de las características reales o percibidas arriba |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (Mental o Física) | <input type="checkbox"/> Raza o Etnicidad | |
| | <input type="checkbox"/> Religión | |

1. Por favor, proporcione datos sobre la queja. Proporcione detalles como los nombres de los involucrados, las fechas, si hubo testigos presentes, etc., que pueden ser útiles para el investigador de la queja.

2. ¿Ha discutido su queja o presentado su queja al personal de la escuela o el distrito? Si lo hizo, ¿a quién se llevó la queja y cuál fue el resultado?

3. Por favor proporcione copias de cualquier documento escrito que pueda ser relevante o que apoye su queja.

He adjuntado documentos de respaldo. Si No

Firma: _____ Fecha: _____

Devuelva este formulario y cualquier documento a:

Asst. Superintendente de Servicios Educacionales / Asst. Superintendente de Recursos Humanos
El Monte Union High School District
3537 Johnson Avenue
El Monte, California 91731
Phone: (626) 444-9005

Para uso de oficina:

Recibido por: _____ Fecha: _____