

Distrito Escolar Unificado de Fontana

Formulario de Queja General

Usase si el denunciante es incapaz o reacio a resolver la queja directamente con un empleado del distrito.

Por favor seleccione a que nivel se debe dirigir la queja:

- Director o Supervisor directo** **Superintendente/Designado**

Por favor seleccione cual describe mejor al denunciante:

- Padre/Tutor Empleado Miembro de la comunidad Estudiante (mayor de 18 años)

Apellido _____ Nombre _____

Nombre del estudiante (si aplica) _____ Grado ____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono de casa _____ Número de celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Fecha de presunta violación ____/____/____ Escuela/Oficina de presunta violación _____

Para quejas de discriminación, acoso, intimidación y/o acoso escolar, por favor seleccione cuál de las características protegidas reales o percibidas en la cual se basó la supuesta conducta:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Nacionalidad |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Embarazada/ estudiante parental |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Raza o etnicidad |
| <input type="checkbox"/> Identificación de origen étnico | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Expresión de género | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Identidad con un género | <input type="checkbox"/> Asociación con una persona o grupo con una o más de las categorías actuales o percibidas mencionadas |
| <input type="checkbox"/> Estudiante/madre lactante | <input type="checkbox"/> Otro, no mencionado en la lista |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad mental o física | |
| <input type="checkbox"/> País de origen | |

1. Favor de describir los hechos sobre su queja. Proporcione los detalles tales como nombres de los involucrados, ubicación, fechas, si hubo testigos, etc., que podrían ser de ayuda al investigador de la queja.

(Por favor continúe en la parte posterior del formulario de quejas)

2. ¿Ha intentado hablar de su queja con algún miembro del personal del Distrito Escolar Unificado de Fontana? Si es así, ¿en qué fecha, con quién, y cuál fue el resultado?

3. ¿Qué desea usted como resultado de la investigación?

Firma del demandante

Fecha

Por favor escriba su nombre en letra de molde

Los demandantes podrían apelar las decisiones del director o supervisor inmediato al superintendente, o designado, el cual intentará resolver la queja dentro de 60 días a satisfacción de la persona involucrada. Las partes involucradas deben considerar y aceptar la decisión del superintendente, o designado, como decisión final.

Para preguntas o clarificaciones, puede ponerse en contacto con la oficina del superintendente al 909-357-5000.