

# **Distrito Escolar Unificado de Fontana**

## **Formulario de Procedimiento Uniforme de Queja**

Por favor seleccione la opción que mejor describa al demandante:

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

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante (si aplica) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono de celular \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de la presunta violación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela/oficina de la presunta violación \_\_\_\_\_

**Para las quejas de acoso que no se basan en las características protegidas mencionadas a continuación, y otras quejas no mencionadas en este formulario, llene un formulario de queja general.**

**Para quejas de discriminación, acoso, intimidación y / o acoso escolar (de empleado a alumno, de alumno a alumno y de tercero a alumno), favor de indicar cuál de las características protegidas, reales o percibidas en la cual se basó la supuesta conducta:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Edad                            | <input type="checkbox"/> País de origen   |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia                     | <input type="checkbox"/> Nacionalidad   |
| <input type="checkbox"/> Color                           | <input type="checkbox"/> Embarazada/estudiante padre  |
| <input type="checkbox"/> Identificación de origen étnico | <input type="checkbox"/> Raza o etnicidad   |
| <input type="checkbox"/> Género                          | <input type="checkbox"/> Religión   |
| <input type="checkbox"/> Expresión de un género          | <input type="checkbox"/> Sexo   |
| <input type="checkbox"/> Identidad con un género         | <input type="checkbox"/> Orientación sexual   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante/madre lactante       | <input type="checkbox"/> Asociación con una persona o grupo con una o más de las categorías reales o percibidas mencionadas |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad mental o física    |   |

**Para las alegaciones de incumplimiento, favor de indicar el programa o actividad a la que se hace referencia en su queja, si corresponde:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación para adultos   | <input type="checkbox"/> Educación migrante  |
| <input type="checkbox"/> Educación y seguridad después de clases  | <input type="checkbox"/> Tiempo de enseñanza de educación física   |
| <input type="checkbox"/> Educación vocacional agrícola  | <input type="checkbox"/> Enseñanza estudiantil-periodos de enseñanza sin contenido educativo   |
| <input type="checkbox"/> Centros de educación sobre los pueblos indígenas de América del Norte y el Programa de Educación Temprana  | <input type="checkbox"/> Programa del Centro Regional  |
| <input type="checkbox"/> Programas consolidados de ayuda categórica   | <input type="checkbox"/> Programas de educación especial   |
| <input type="checkbox"/> Programas de educación de carreras técnicas y formación profesional y programas de capacitación  | <input type="checkbox"/> Programas de los Títulos I-IV, incluyendo la mejora del rendimiento académico, educación compensatoria, programas para estudiantes aprendiendo inglés remplazados por la Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA, por sus siglas en inglés) 2016-7-17 |
| <input type="checkbox"/> Programas de cuidado de niños y desarrollo infantil  | <input type="checkbox"/> Educación sobre la prevención del uso del tabaco  |
| <input type="checkbox"/> Programas de nutrición infantil  | <input type="checkbox"/> Cuotas ilegales estudiantiles   |
| <input type="checkbox"/> Estudiantes bajo cuidado de crianza y sin hogar  |  |
| <input type="checkbox"/> Fórmula de Financiamiento de Control Local (LCFF, por sus siglas en inglés) y el Plan de Responsabilidad de Control Local (LCAP, por sus siglas en inglés) |  |

1. Favor de proporcionar los hechos sobre su queja. Proveer detalles tales como nombres de los involucrados, ubicación, hora, fechas, si hubo testigos presentes, etc., que pudieran ser de ayuda al investigador de la queja.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 completo en letra de molde

**En algunos casos, el demandante tiene el derecho a apelar las decisiones con el Departamento de Educación de California, o de solicitar una revisión a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Educación de E.E.U.U., o puede entablar acciones de medidas civiles por acusaciones de discriminación a la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU. y el Departamento de Igualdad en el Empleo y Vivienda del estado de California.**

Para cualquier pregunta o aclaración, puede comunicarse a la oficina del superintendente al 909-357-5000

UCP versión actualizada en español, abril de 2017