

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO UNIFORME DE QUEJAS

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____
Nombre del estudiante (si es aplicable): _____ Grado: _____
Fecha de nacimiento (del estudiante, si es aplicable): _____
Domicilio/Apt. #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____
Escuela/Oficina de la supuesta denuncia: _____

Para las denuncia(s) de incumplimiento, por favor revise el programa o actividad a que se refiere en su queja, si es aplicable:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carrera/ Educación Técnica | <input type="checkbox"/> Estudiantes sin hogar y jóvenes que reciben cuidado tutelar |
| <input type="checkbox"/> Programas Categóricos Consolidados | <input type="checkbox"/> Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> Cuota del Alumno | <input type="checkbox"/> Financiación de control local |
| <input type="checkbox"/> Programas de la Ley Que Ningún Niño Se Quede Atrás | <input type="checkbox"/> Alumnos Lactantes |

Para las denuncia(s) de discriminación ilegal, acoso, intimidación o acoso escolar, por favor verifica la base de la discriminación ilegal, acoso, intimidación o acoso escolar:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Religion |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Sexo (Real o Percibido) |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual (Real o Percibido) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (Mental o Físico) | <input type="checkbox"/> Basado en asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Identificación Étnico | |
| <input type="checkbox"/> Genero / Expresión de Genero / Identidad de genero | |
| <input type="checkbox"/> Información genética | |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional | |
| <input type="checkbox"/> Raza u Origen étnico | |

