



# 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                      | <input type="checkbox"/> AGRESIÓN                   |
| (CÁNCER O CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS)                           | <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