

## Distrito Escolar Unificado de Rialto

### Procedimientos uniformes de queja

#### **¿Qué es una queja uniforme?**

1. Cualquier queja que alegue la infracción por parte del Distrito de las leyes o reglamentos estatales o federales aplicables que rigen los programas de educación para adultos, los programas de ayuda categórica consolidada, la educación para migrantes, los programas de educación y capacitación técnica y profesional, los programas de cuidado y desarrollo infantil, los programas de nutrición infantil y los programas de educación especial.
2. Cualquier queja que alegue discriminación ilegal, incluyendo acoso discriminatorio, intimidación o abuso en uno de los programas y actividades del Distrito mencionados anteriormente, basada en características reales o percibidas de raza o etnicidad, color, ascendencia, nacionalidad, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, religión, estado civil o parental, discapacidad física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, expresión de género o información genética, o cualquier otra característica identificada en el Código de Educación 200 o 220.
3. Cualquier queja que alegue intimidación en uno de los programas y actividades del Distrito mencionados anteriormente, independientemente de si la intimidación se basa en las características reales o percibidas de una persona de raza o etnia, color ascendencia, nacionalidad, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, religión, estado civil o parental, discapacidad física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, expresión de género, o información genética, o cualquier otra característica identificada en el Código de Educación 200 o 220, Código de Gobierno 11135, o Código Penal 422. 55, o basado en su asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas.
4. Cualquier queja que alegue la transgresión por parte del Distrito de la prohibición de exigir a los alumnos el pago de cuotas, depósitos u otros cargos por participar en actividades educativas.
5. Cualquier queja en la que se alegue que el Distrito no ha cumplido los requisitos legales relacionados con la aplicación del plan de control local y rendición de cuentas.
6. Cualquier queja en la que se aleguen represalias contra un denunciante u otro participante en el proceso de denuncia o cualquier persona que haya actuado para descubrir o denunciar una infracción sujeta a esta política.

#### **La Msea Directiva recomienda la resolución temprana e informal de las quejas siempre que sea posible y apropiado.**

El Superintendente o la persona designada proporcionará capacitación al personal del Distrito para asegurar la conciencia y el conocimiento de la ley actual y los requisitos relacionados, incluyendo los pasos y plazos especificados en esta política y el reglamento administrativo que la acompaña.



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