

DISTRITO ESCOLAR MODESTO
FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN ILEGAL/INTIMIDACIÓN/ACOSO
(BULLYING) Y/O ACOSO EN CONTRA DEL ESTUDIANTE

(AR 5145.3, no discriminación en los programas y actividades educativas; AR 5145.7, acoso sexual del estudiante)

Instrucciones: Por favor proporcione la información solicitada. Sus respuestas ayudarán a llevar a cabo una investigación.

Nombre del demandante _____ Soy _____ estudiante _____ padre
Apellido Nombre 2º nombre (Marque una opción)

Nombre del estudiante _____
(Si el padre de familia es el demandante) Apellido Nombre 2º nombre Escuela Grado

Dirección _____
Calle Ciudad Código postal

Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

PROCEDIMIENTO DE RECLAMO

Quiero presentar un reclamo en contra de *(indique el nombre de la persona, el programa y/o la actividad)* _____

Fecha de la supuesta discriminación, intimidación, bullying y/o acoso _____

LA DISCRIMINACIÓN SE BASÓ EN: *(Marque sólo las opciones que correspondan)*

- | | | | |
|--------------|------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| ___ Raza | ___ Origen nacional | ___ Lenguaje | ___ Situación económica |
| ___ Religión | ___ Etnicidad | ___ Discapacidad física | ___ Expresión de género |
| ___ Género | ___ Orientación sexual | ___ Discapacidad del desarrollo | ___ Identidad de género |
| | | | ___ Otro |

[El formulario debe ser entregado al funcionario de Título IX a no más tardar de seis meses después de la fecha en que ocurrió la supuesta discriminación o cuando el demandante primero se enteró de los hechos de la supuesta discriminación. BP/AR 5145.3 y BP/AR 1312.3.]

DISCRIMINACIÓN POR ACOSO SEXUAL: *(Marque la casilla)*

[El formulario debe ser entregado al supervisor del administrador que recibió el reclamo la primera vez dentro de sesenta (60) días a partir del incidente, que es el asunto del reclamo. BP/AR 5145.7.]

DETALLES DEL RECLAMO:

En una hoja adjunta, escriba con detalles por qué cree que fue discriminado. Sea específico. Dé fechas, horas, lugares y el nombre completo de la o las personas involucradas. Si hay algún testigo de la supuesta discriminación o hay alguien que pueda dar más información, indíquelo abajo.

TESTIGOS U OTRAS PERSONAS CON INFORMACIÓN:

<u>Nombre</u>	<u>DOMICILIO</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SOLUCIÓN: ¿Cuál cree que sería una solución o resolución apropiada para el reclamo?

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información anterior y la que se indica en los documentos adjuntos es verdadera y correcta.

Fecha _____ Firma _____

Formulario de reclamo por discriminación ilegal/intimidación/bullying y/o acoso en contra del estudiante (continuación)

MEDIDA DEL ADMINISTRADOR COMO RESULTADO DEL RECLAMO:

Medida administrativa: _____

Fecha _____ Firma del administrador _____

El demandante expresó estar satisfecho con la resolución informal.

Firma del demandante (opcional)

Fecha

Envíe una copia de este formulario al funcionario de Título IX que corresponda.