

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN GABRIEL  
FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE DISCRIMINACIÓN, INTIMIDACIÓN O ACOSO**

El Distrito Escolar Unificado de San Gabriel prohíbe discriminación, intimidación y acoso en todas sus formas, basado en la raza actual o percibida, color, nacionalidad, origen étnico, ascendencia, religión, sexo, género sexual, (incluyendo la no conformidad con los estereotipos de género), orientación sexual, y discapacidad del estudiante, o por motivos de la asociación personal con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si usted o alguien que usted conoce ha sido víctima de discriminación, intimidación o acoso en la escuela, puede presentar una queja para que el incidente(s) sea investigado por el Distrito. Cualquier estudiante, padre/tutor o empleado de la escuela puede completar este formulario y entregarlo a cualquier empleado escolar. Como alternativa, puede presentar una queja verbal o por escrito a cualquier empleado escolar. Cualquier empleado de la escuela que recibe un formulario de queja o cualquier otra queja escrita o verbal, informará inmediatamente de la queja al Director de la escuela o al Coordinador de Título IX. El Director, el Coordinador de Título IX o la persona designada investigará y resolverá la queja conforme a las políticas y regulaciones del Distrito, y en conformidad con todas las leyes federales y estatales que sean aplicables.

**Si está preocupado por la confidencialidad de cualquier información contenida en esta queja, por favor notifíquese al Director, al Coordinador del Título IX o a la persona designada. Las represalias contra cualquier persona que haga una denuncia o que participe o colabore en una investigación sobre discriminación, intimidación o acoso están estrictamente prohibidas.**

**Por favor, proporcione tanta información como sea posible. Por favor, puede añadir páginas adicionales si lo necesita.**

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**Yo soy (marque uno):**

Estudiante – ¿En qué Escuela y en qué Nivel de Grado? \_\_\_\_\_

Empleado – ¿En qué Escuela y en qué Posición? \_\_\_\_\_

Padre/Tutor – Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Otro – Enumere: \_\_\_\_\_

**¿Quién recibió la discriminación, la intimidación o el acoso? Por favor, proporcione todos los nombres, las escuelas y grados (si se conoce)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor, indique el nombre de todas las personas (estudiantes y escuelas, empleados de la escuela, visitantes escolares, u otros) que participaron en la discriminación, intimidación o acoso. Si usted no sabe sus nombres, por favor descríbalos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor describa la Queja/Incidente (añada páginas adicionales si es necesario):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, regrese este formulario a la oficina principal de su escuela, oficina del distrito o cualquier empleado de la escuela. Si usted tiene alguna pregunta antes de presentar su queja, por favor, póngase en contacto con el Director de su escuela o llame al Coordinador de Título IX al (626) 451-5400.

**Office Use Only**

Date Received: \_\_\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_