

**Título IX Discriminación/Formulario de Queja de Hostigamiento
y Declaración de Indiscriminación**

El Distrito Escolar Independiente de McAllen prohíbe la discriminación, incluyendo el hostigamiento en contra de cualquier empleado/estudiante sobre la base de raza, color, religión, sexo, género, origen nacional, edad, discapacidad o cualquier otra base prohibida por la ley. Represalias contra cualquier persona involucrada en el proceso de quejas es una violación del póliza del distrito y está prohibido. Si usted es un estudiante o empleado que cree que ha sido una víctima de discriminación/acoso, llene la siguiente forma y devuélvala inmediatamente al director(a) u otro administrador del campus. (AVISO: este formulario sólo debe ser completado cuando la presunta conducta implica a un estudiante ya sea como víctima o presunto perpetrador).

1. Individuo presentando la denuncia:

Es la presunta víctima un estudiante ___ o empleado ___ (Por favor marque uno)

Nombre del estudiante víctima: _____ Grado: _____ No. de Identificación: _____

Nombre del empleado víctima: _____ Título: _____

Fecha(s) de la presunta discriminación o acoso: _____

2. Individuo(s) que es/está discriminando/acosando contra usted:

Es el presunto perpetrador un estudiante ___ o empleado ___ (Por favor marque uno)

Nombre: _____ Grado: _____ No. de Identificación: _____ Campus: _____

Nombre: _____ Grado: _____ No. de Identificación: _____ Campus: _____

Nombre del empleado: _____ Campus/Departamento: _____

Nombre(s) de posible testigo(s): _____

3. Siento que fui sujetado a la discriminación/acoso sobre la base de:

- Raza Color Religión Género Origen Nacional Discapacidad Orientación Sexual sexo
 Edad Embarazo Acoso Sexual Violencia en el Noviazgo Otro (especificar): _____

4. El lugar de la supuesta discriminación y hostigamiento (marque todas las que correspondan):

- Propiedad del Distrito, especificar: _____ actividad patrocinada por la escuela En el autobús escolar
 Otro (especificar): _____

5. (Sólo estudiantes) - Por favor describa cómo la discriminación/presunto acoso afectó su capacidad de participar en o benefició el programa educativo o actividad, o le creó un ambiente educativo intimidante, amenazante, hostil, para usted, tenía el objetivo o efecto de considerablemente o irrazonablemente interfiriendo con su rendimiento académico; o por otra parte afectó negativamente sus oportunidades educativas:

- Marque aquí si la presunta discriminación y hostigamiento no se aplica según la pregunta #5.

6. (Sólo empleados) - Por favor describa cómo la discriminación/conducta de acoso tuvo el efecto de interferir irrazonablemente con el rendimiento de su trabajo, creó un clima intimidatorio, amenazante, hostil u ofensivo en el ambiente de trabajo; o por otra parte afectó negativamente las oportunidades de rendimiento en el ambiente de trabajo:

Marque aquí si la presunta discriminación y hostigamiento no se aplica según la pregunta#6.

7. ¿Ha reportado este asunto a cualquier persona en el campus? Sí___ No___

Si la respuesta es sí, a quien _____ Fecha de notificación _____

8. ¿Ha reportado este asunto a McAllen ISD P.D? Sí___ No___ # de Caso _____

9. Describa su denuncia con la mayor precisión posible para incluir cualquier evidencia que tenga (textos, correos electrónicos, notas, etc.) que apoye su queja y si es necesario agregar información adicional a la parte posterior de este formulario:

** Certifico que toda la información sobre esta queja es exacta y verdadera en el mejor de mis conocimiento.Cualquier información falsa intencional de los hechos me sujetará a acciones disciplinarias adecuadas. Autorizo a funcionarios escolares a revelar mi información a McAllen ISD P.D en la persecución de una investigación posible.

Firma: _____ Fecha: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Aviso: Finalización del presente formulario iniciará una investigación para determinar si los alegatos cumplen con los criterios de discriminación / acoso como definido de acuerdo a la política del Consejo de McAllen ISD FFH o DIA (LOCAL). Proporcione una copia a la oficina del Coordinador del Título IX de MISD para Estudiantes, Sr. John L. Wilde, Director de Servicios de Apoyo Estudiantil.

Student Support Services Only:

Received by: _____ Date & Time: _____

Title IX Coordinator Initial Assessment Response:
