



FORMULARIO DEL PROCEDIMIENTO UNIFORME DE QUEJAS

Apellido: _____ Nombre/s: _____

Nombre del estudiante (si corresponde): _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio / Dept. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Escuela/Oficina de infracción alegada: _____

En caso de alegato/s de incumplimiento, verifique el programa o la actividad mencionada en su queja, si corresponde:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación para adultos | <input type="checkbox"/> Educación y seguridad extracurriculares | <input type="checkbox"/> Asistencia categórica consolidada |
| <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma | <input type="checkbox"/> Nutrición infantil | <input type="checkbox"/> Carrera/Educación técnica |
| <input type="checkbox"/> Educación para inmigrantes | <input type="checkbox"/> Cada Estudiante Triunfa (Every Student Succeeds Act) | <input type="checkbox"/> Jóvenes protegidos/indigentes |
| <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> Prescolar estatal | <input type="checkbox"/> Programas ocupacionales regionales |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de estudiantes | <input type="checkbox"/> Plan de rendición de cuentas de control local | <input type="checkbox"/> Educación para la prevención del uso de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Educación bilingüe | <input type="checkbox"/> Educación física | <input type="checkbox"/> Alumnas en lactancia |
| <input type="checkbox"/> Plan de seguridad escolar | <input type="checkbox"/> Ayuda de impacto económico | <input type="checkbox"/> Alumnos del juzgado de menores |
| <input type="checkbox"/> Ocupacionales regionales | <input type="checkbox"/> Centros de educación para indio americanos y evaluaciones del programa de educación infantil temprana | <input type="checkbox"/> Educación compensatoria |
| <input type="checkbox"/> Educación vocacional agrícola | | <input type="checkbox"/> Educación de alumnos bajo cuidado adoptivo temporal y alumnos sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Programas de Revisión Asistencia de Compañeros de California para Maestros | | |

Para alegatos de discriminación ilícita, acoso, intimidación o acoso infantil escolar, verifique el fundamento de discriminación ilícita, acoso, intimidación o acoso infantil escolar descritas en su queja, si corresponde:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Expresión de género/género /Identidad de género | <input type="checkbox"/> Sexo (real o percibido) |
| <input type="checkbox"/> Árbol genealógico | <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> Orientación sexual (real o percibida) |
| <input type="checkbox"/> Color/Tez | <input type="checkbox"/> Nacionalidad de origen | <input type="checkbox"/> Por asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (mental o física) | <input type="checkbox"/> Raza o etnicidad | <input type="checkbox"/> Estado civil |
| <input type="checkbox"/> Identificación de grupo étnico | <input type="checkbox"/> Religión | |
| <input type="checkbox"/> Condición médica | <input type="checkbox"/> Ciudadanía | |
| <input type="checkbox"/> Estado migratorio | | |

1. Proporcione datos sobre la queja. Proporcione detalles que puedan ser útiles para el investigador de la queja, tales como los nombres de los involucrados, las fechas, si los testigos estuvieron presentes, etc.

2. ¿Ha discutido su queja o ha presentado su queja con algún miembro del personal de PLN? Si lo hizo, ¿a quién le llevó la queja y cuál fue el resultado?

3. Proporcione copias de cualquier documento escrito que pueda ser relevante o que fundamente su queja. He adjuntado documentos de fundamentación. Sí No

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe la queja y los documentos pertinentes a:

Chief Operating Officer
5000 Hollywood Blvd., Hollywood, CA 90027
Phone: (213) 250-4800
FAX: (213) 250-4900