

Uniform Complaint Procedures Form (Spanish)

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre del Estudiante (si aplica): _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ # de Apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Fecha de la Supuesta Violación: _____ Escuela/Oficina de la Supuesta Violación: _____

Para las alegaciones de incumplimiento, verifique el programa o la actividad a los que se hace referencia en su reclamo, si corresponde.

<input type="checkbox"/>	Programas Consolidados Categórica	<input type="checkbox"/>	Educación de Adultos	<input type="checkbox"/>	Educación Migrante
<input type="checkbox"/>	Educación y seguridad después de la escuela	<input type="checkbox"/>	Educación Especial	<input type="checkbox"/>	Nutrición Infantil
<input type="checkbox"/>	Cuotas de Alumnos por Actividades Educativas	<input type="checkbox"/>	Carreras /Educación Técnica	<input type="checkbox"/>	Educación Compensatoria
<input type="checkbox"/>	Plan de Responsabilidad de Control Local	<input type="checkbox"/>	Planes de Seguridad Escolar	<input type="checkbox"/>	Programas de Aprendices de Inglés
<input type="checkbox"/>	Minutos de Instrucción de Educación Física	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

For complaints of discrimination, harassment, intimidation and/or bullying (employee-to-student, student-to-student, and third party to student), please check the protected classes (actual or perceived), upon which the alleged conduct was based, listed below:

<input type="checkbox"/>	Sexo Real o Percibido	<input type="checkbox"/>	Orientación Sexual	<input type="checkbox"/>	Género
<input type="checkbox"/>	Identidad de Género	<input type="checkbox"/>	Expresión de Género	<input type="checkbox"/>	Ascendencia
<input type="checkbox"/>	Identificación étnica del Grupo	<input type="checkbox"/>	Raza o Etnia	<input type="checkbox"/>	Religión
<input type="checkbox"/>	Nacionalidad	<input type="checkbox"/>	Origen Nacional	<input type="checkbox"/>	Edad
<input type="checkbox"/>	Color	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Mental o Física	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Asociación con una persona o grupo o más de las categorías reales o percibidas enumeradas anteriormente.				

3. Por favor proporcione copias de cualquier documento escrito que pueda ser relevante o que apoye su queja.

He adjuntado documentos que apoyan la queja: Sí _____ No _____

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de enviar por correo o fax la queja/documentación a:

Mr. Edward Frimpong
Director of Human Resources
New Designs Charter Schools
Los Angeles, CA 90007
Fax: (213) 765-0139