

**Distrito Escolar Unificado de Oceanside**  
**FORMULARIO UNIFORME PARA ENTABLAR QUEJAS**  
**(Referencia: Procedimiento Administrativo del Distrito 1312.3)**

Received by:

\_\_\_\_\_  
(Initial)

Date: \_\_\_\_\_

**PARA:** Dr. Todd McAteer  
Superintendente Asociado de Recursos Humanos  
2111 Mission Avenue  
Oceanside, CA 92057

**DE:** Nombre(s) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

**SU QUEJA SE REFIERE AL(LOS) PROGRAMA(S) (por favor marque):**

1) \_\_\_\_\_ Una violación de las leyes federales o estatales o regulaciones que rigen (el)los siguiente(s) programas:

\_\_\_\_\_ Educación para Adultos (Código de Educación Secciones 89500-8538 y 52500-52616.5)

\_\_\_\_\_ Servicios de Nutrición Infantil (Código de Educación Secciones 49490-49560)

\_\_\_\_\_ Cuidado y Desarrollo Infantil (Código de Educación Secciones 8200-8493)

\_\_\_\_\_ Ayuda Categórica Consolidada (Código de Educación Sección 64000(a))

\_\_\_\_\_ Educación a Migrantes (Código de Educación Secciones 54440-54445)

\_\_\_\_\_ Educación Especial (Código de Educación Secciones 56000-56885 y 59000-59300)

\_\_\_\_\_ Educación Vocacional (Código de Educación Secciones 52300-52480)

\_\_\_\_\_ Ley federal "Que Ningún Niño Se quede Atrás" (Planificación de Seguridad escolar, 20 USC  
Sección 7114(d)(7))

\_\_\_\_\_ Plan de Control Local y Rendimiento de Cuentas (Código de Educación Sección 52075)

**O**

2) \_\_\_\_\_ Discriminación, acoso, intimidación y acoso escolar (*bullying*) en programas que reciben asistencia financiera estatal basado en una de las siguientes características reales o percibidas:

\_\_\_\_\_ Identificación con un grupo étnico

\_\_\_\_\_ Orientación sexual

\_\_\_\_\_ Estatus migratorio

\_\_\_\_\_ Religión

\_\_\_\_\_ Raza

\_\_\_\_\_ Edad

\_\_\_\_\_ Ascendencia

\_\_\_\_\_ Género

\_\_\_\_\_ Nacionalidad de origen

\_\_\_\_\_ Nacionalidad

\_\_\_\_\_ Etnia

\_\_\_\_\_ Sexo

\_\_\_\_\_ Discapacidad física o mental

\_\_\_\_\_ Color

\_\_\_\_\_ Sexo real o percibido

\_\_\_\_\_ Expresión del género

\_\_\_\_\_ Identidad del género

\_\_\_\_\_ Discapacidad

\_\_\_\_\_ Asociación con persona/grupo mencionado anteriormente

**O**

3) \_\_\_\_\_ Cuotas Estudiantiles (véase la Política de la Junta Directiva 3260)

**NATURALEZA DE LA QUEJA:** Esta debe ser una descripción en sus propias palabras de los motivos de su queja incluyendo todos los nombres, fechas y lugares necesarios para comprender completamente la denuncia. Adjunte más hojas si es necesario.

¿Ha hablado usted con algún miembro del personal del distrito en referencia a esta queja? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Si lo ha hecho, ¿cuál es su nombre?

¿Cuál fue el resultado del diálogo?

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE REGRESAR ESTE FORMULARIO A:  
Dr. Todd McAteer  
Associate Superintendent of Human Resources  
2111 Mission Avenue  
Oceanside, CA 92058**

Received by:  
\_\_\_\_\_  
(Initial)  
Date: \_\_\_\_\_