



**Distrito Escolar
Unificado de Pasadena
351 S. Hudson Blvd
Pasadena, CA 91109**

PARA USO DEL PERSONAL	
Fecha de Recibido:	_____
Forma recibida por:	_____
Folio No.:	_____
Enviada a:	_____
Fecha de envío:	_____
Forma archivada por:	_____
Fecha de respuesta:	_____

FORMA UNIFORME DE QUEJAS

Por favor complete la siguiente forma si tiene una denuncia o acusación en contra de un plantel escolar, programa, oficina o empleado del Distrito Escolar. Envíe la forma a la Directora de Recursos Humanos, 351 S. Hudson Blvd., Oficina 116, Pasadena, CA 91109; en caso de que requiera ayuda para completar la forma, llame al teléfono (626) 396-3600 x 88700. El Distrito Escolar emitirá una decisión por escrito sobre su caso dentro de 60 días contados a partir de la fecha de la presentación de la queja.

Para: Director, Human Resources
351 S. Hudson Blvd, Rm 116
Pasadena, CA 91109

De: _____
Nombre(s)

Dirección

Número de Teléfono

Nombre de la escuela, programa o empleado, así como la dirección laboral de quien es sujeto de la acusación o la queja:

*Con excepción de las quejas por acoso sexual o discriminación, el empleado recibirá una copia por escrito en la que se detallarán las razones del reclamo presentado en contra suya.

Descripción y motivo de la queja (Puede agregar hojas adicionales en caso de que sea necesario):

Por favor marque el tipo de queja que usted está presentando:

Programa:	y /o	Discriminación por:	y/o	Otro
___ Educación Básica para Adultos	___	Edad	___	___ Suspensión de un estudiante
___ Programa Para Estudiantes de Inglés	___	Ascendencia u Origen	___	___ Expulsión de un estudiante
___ Carrera Universitaria/Técnica y Derechos Civiles	___	Color de la piel	___	
___ Cuidado y Desarrollo Infantil	___	Pertenencia a Grupo Étnico	___	
___ Nutrición Infantil	___	Género Sexual	___	
___ Programas Categóricos Consolidados	___	Estado Civil	___	
___ Equidad Educativa	___	Discapacidad Física o Mental	___	
___ Educación para Talentosos (GATE)	___	Raza	___	
___ Educación Compensatoria del Edo. (SCE)	___	Religión	___	
___ Educación para Migrantes	___	Sexo	___	
___ Educación Especial	___	Acoso Sexual	___	
___ Título I – Que Ningún Niño se Quede Atrás	___	Preferencia Sexual	___	
___ Educación Vocacional	___			
___ Educación Preventiva y Escuelas Libres y a Salvo de Tabaco y Alcohol (TUPE)	___			

¿Cuándo ocurrió el incidente? Fecha(s):

¿Ya comentó el motivo de su acusación o queja con la dirección de la escuela, empleado o supervisor? SÍ NO

¿Con quién habló? (Por favor anote el nombre o nombres en los espacios respectivos):

___	Empleado del Distrito:	_____	Fecha:	_____
___	Director:	_____	Fecha:	_____
___	Subdirector:	_____	Fecha:	_____
___	Consejero:	_____	Fecha:	_____
___	Maestro	_____	Fecha:	_____
___	Supervisor	_____	Fecha:	_____
___	Empleado Escolar	_____	Fecha:	_____

¿Cuál fue el resultado de la conversación?

En caso de que busque una solución del caso, o quiera que el Distrito siga un curso de acción, por favor detalle:

Queda entendido que el Distrito Escolar mantendrá esta información confidencial, en la medida prevista por la ley o convenio colectivo de trabajo; que contaré con la protección debida ante posibles represalias provocadas por la presentación de esta queja; que el Distrito puede solicitar información adicional relacionada con este asunto, y que si tal información está disponibles, estoy de acuerdo a presentarla a petición expresa.

Certifico que a mi entender es fidedigno lo expuesto anteriormente.

Firma

Fecha