LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Lynwood, CA 90262 (310) 886-1600

UNIFORM COMPLAINT FORM

The Lynwood Unified School District has the primary responsibility to insure compliance with applicable state and federal laws and regulations and has established procedures to address allegations of unlawful discrimination and complaints alleging violation of state or federal laws governing educational programs.

Unlawful discrimination complaints may be based on actual or perceived sex, sexual orientation, gender, ethnic group identification, race, ancestry, national origin, religion, color, or mental or physical disability, or age, or on a person's association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics, in any program or activity that receives or benefits from state financial assistance. The UCP shall also be used when addressing complaints alleging failure to comply with state and/or federal laws governing educational programs.

Parent/Guardian Name:	Home Phone: Work/Cell Phone:
Address:	Student Name: School: Grade:

Please specify all relevant facts regarding complaint (dates, school/department, individuals – additional pages may be used):

PLEASE RETURN THIS COMPLETED FORM TO The Human Resources Office, Certificated (310) 886-1457

DO NOT WRITE BELOW THIS AREA - FOR DISTRICT USE ONLY
Date/Time Received:_____ Log No:_____

Compliance Officer:

Investigation Report Completed:

Report Sent:

Attachments:

LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Lynwood, CA 90262 * (310) 886-1600

FORMULARIO UNIFORME PARA QUEJAS

El Distrito Escolar Unificado de Lynwood tiene la responsabilidad primordial de asegurar el cumplimiento de los reglamentos de las leyes estatales y federales, y ha establecido procedimientos para solucionar quejas por discriminación ilegal alegando violación de las leyes estatales o federales que rigen programas educativos.

Quejas de discriminación ilegal pueden basarse en el sexo actual ó percibido, orientación sexual, género, grupo étnico, raza, ascendencia, origen nacional, religión, color o discapacidad mental o física, o edad, o en la asociación de esta persona con una persona o grupo que tiene una ó más de estas características reales o percibidas, en cualquier programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera del estado. La póliza UCP también se utilizará cuando se aborden quejas alegando el incumplimiento de las leyes estatales y/o federales educacionales.

Nombre de Padre/Tutor:	Teléfono de Casa: Teléfono de Celular/Trabajo:
Dirección:	Nombre del Estudiante: Escuela: Grado:

Especifique todos los factores relevantes de su queja (fechas, personas, escuela/departamento, – puede usar paginas adicionales)

REGRESE ESTE FORMULARIO COMPLETO AL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (310)886-1457

NO ESCRIBA BAJO DE ESTA AREA - PARA USO DEL DISTRITO

Fecha y Hora en que se recibió:_____ #:_____

Oficial de Cumplimiento:

Reporte de la Investigación:

Reporte Mandado:

Adjuntos: