



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WEST CONTRA COSTA

Queja en **Contra** del **Personal del Distrito**

Se deben haber seguido los pasos preliminares en AR 1312.1 antes de someter este formulario

Fecha / /

Apellido Nombre

Dirección /calle /número de departamento

Ciudad Código postal

Número de teléfono de casa () Número de teléfono para mensajes o del trabajo ()

Fecha del incidente:

Lugar en que ocurrió el incidente:

¿Se ha conversado acerca de la queja con el director/a de la escuela, con el empleado o con su supervisor?

¿Con quién ha conversado usted sobre el asunto? (Escriba el nombre o nombres en los espacios proporcionados.)

- | | | |
|--|-------|--------------|
| ☐ Personal de la oficina del Distrito | _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Director/a | _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Asistente del director | _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Consejero | _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Maestro | _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Supervisor | _____ | Fecha: _____ |
| ☐ Miembro del personal | _____ | Fecha: _____ |

¿Cuál fue el resultado de esta conversación?

Explicación de la queja (Favor de escribir con letra imprenta legible o a máquina. Use hojas adicionales si fuese necesario):

Si usted desea remediar la situación o que el Distrito tome una medida de acción en particular, haga el favor de especificar lo que le gustaría que aconteciera:

Firma de la persona que presenta la queja

Fecha en que se somete la queja

Distribución:
Superintendente/Designado
Supervisor
Empleado

número de queja:
Fecha en que fue recibida: