



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: _____ / _____ / _____

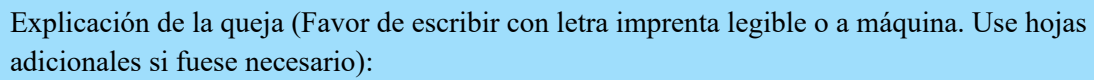
Lugar en que ocurrió el incidente: _____

¿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: _____ / _____ / _____
☐ Director/a Asistente	_____	Fecha: _____ / _____ / _____
☐ Consejero/a	_____	Fecha: _____ / _____ / _____
☐ Maestro/a	_____	Fecha: _____ / _____ / _____
☐ Supervisor/a	_____	Fecha: _____ / _____ / _____
☐ Miembro del personal	_____	Fecha: _____ / _____ / _____

¿Cuál fue el resultado de esta conversación?



Fecha en que se somete la queja

Distribución:

Superintendente/Designado: _____

Numero de queja: _____

Supervisor: _____

Fecha en que fue recibida: / /

Empleado: _____