



Distrito Escolar Unificado de West Contra Costa

Formulario para un Procedimiento Reglamentario de Queja (UCP)

Fecha: ____/____/____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Domicilio: _____ Número de departamento: _____

Cuidad: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa (____) ____ - _____ Teléfono para mensajes/trabajo: (____) ____ - _____

Escuela/Oficina en la que ha ocurrido la supuestaviolación: _____

Por favor marque la(s) categoría(s) a las que se refiere su queja:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación de Adultos | <input type="checkbox"/> Programas Consolidados y Categorizados de Ayuda |
| <input type="checkbox"/> Pre-escolar | <input type="checkbox"/> Tarifas a los estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Programas de Nutrición Infantil | <input type="checkbox"/> Minutos instructivos de educación física |
| <input type="checkbox"/> Educación Migratoria | <input type="checkbox"/> Plan de rendimiento de cuentas bajo control local |
| <input type="checkbox"/> Jóvenes en Cuidado Adoptivo Temporal y Sin Hogar | |
| <input type="checkbox"/> Carrera y Educación | <input type="checkbox"/> Centros y Programas Ocupacionales Regionales |

Discriminación ilegal : Basada en las características reales o percibidas de la persona en cuanto a raza o etnia, color, ascendencia, nacionalidad, origen nacional, estatus migratorio, identificación con un grupo étnico, edad, religión, estado civil o matrimonial, embarazo, estado parental, discapacidad física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, expresión de género, o información genética, o sobre la base de la asociación de una persona con otra persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas. Marque todas las que correspondan:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raza o Etnia | <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Género |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Estado Matrimonial | <input type="checkbox"/> Identidad de Género |
| <input type="checkbox"/> Nacionalidad | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Expresión de Género |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Estado Parental | <input type="checkbox"/> Información Genética |
| <input type="checkbox"/> Estatus Migratorio | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física o Mental | |
| <input type="checkbox"/> Identificación con un Grupo Étnico | <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Sólo para uso de oficina : Fecha recibida: ____/____/____ Recibido por: _____

- | | | |
|---|----------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Queja informal | ____/____/____ | Fecha de resolución informal |
| <input type="checkbox"/> Queja formal | ____/____/____ | Fecha de resolución formal |
| <input type="checkbox"/> No Resulto | | |

