Burbank Unified School District - Educational Services Department

ФОРМА ЖАЛОБЫ

Пожалуйста, отправьте эту форму по адресу:

Assistant Superintendent, Special Education & Student Services
Burbank Unified School District
1900 Olive Avenue, Burbank, CA 91506
maishajamesmcintosh@burbankusd.org

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ РАЗДЕЛЫ ЭТОЙ ФОРМЫ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Имя и фамилия_____ Дата_____

Адрес _____
Номер дома *Улица* *Квартира* *Город* *Штат* *Почтовый индекс*

Адрес электронной почты_____ Домашний телефон_____ Другой телефон_____

Я (отметьте один вариант): ☐ Ученик ☐ Сотрудник ☐Родитель ☐ Другое _____

РАЗДЕЛ 1

Я ХОЧУ ПОДАТЬ ЖАЛОБУ НА:

Имя лица (лиц), название программы или мероприятия:_____

Местоположение, учебное заведение или адрес: _____

Если жалоба подана на сотрудника, укажите его должность:_____

РАЗДЕЛ 2

Я ХОЧУ ПОДАТЬ ЖАЛОБУ НА СЛЕДУЮЩЕЕ: (Вы можете заполнить заявление на отдельном листе и приложить его к этой форме.).

Дата(ы) поведения, к которому относится эта жалоба:_____

Пожалуйста, опишите инцидент(ы):_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ПЕРЕЙТИ НА СЛЕДУЮЩУЮ СТРАНИЦУ

РАЗДЕЛ 3

Место(а), где имело место поведение, являющееся предметом данной жалобы: _____

_____

_____

РАЗДЕЛ 4

Имена лиц, с которыми я общался по поводу поведения, являющегося предметом данной жалобы:_____

_____

_____

РАЗДЕЛ 5

СЛЕДУЮЩИЕ ЛИЦА МОГУТ ПРЕДОСТАВИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ: Пожалуйста, укажите имена и контактную информацию всех свидетелей, которые могут предоставить дополнительную информацию относительно этой жалобы:

Свидетель 1 _____

Имя фамилия Телефон Адрес электронной почты

_____

Адрес № КВ. Город Штат Почтовый индекс

Свидетель 2 _____

Имя фамилия Телефон Адрес электронной почты

_____

Адрес № КВ. Город Штат Почтовый индекс

Свидетель 3 _____

Имя фамилия Телефон Адрес электронной почты

_____

Адрес № КВ. Город Штат Почтовый индекс

Свидетель 4 _____

Имя фамилия Телефон Адрес электронной почты

_____

Адрес № КВ. Город Штат Почтовый индекс

При необходимости приложите дополнительные страницы.

РАЗДЕЛ 6

Что бы вы хотели видеть в ответ на эту жалобу? Какое, по вашему мнению, было бы целесообразным средством правовой защиты или решением?

Пожалуйста, объясните: _____

_____

РАЗДЕЛ 7

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОД СТРАХОМ НАКАЗАНИЯ ЗА ЛЖЕСВИДЕТЕЛЬСТВО

Я понимаю, что школьный администратор, суперинтендант/заместитель суперинтенданта или Совет по образованию могут запросить у меня дополнительную информацию по жалобе, и, если такая информация имеется, я предоставлю её по запросу. Я также понимаю, что копия настоящей жалобы будет передана сотруднику или ученику, против которого она подана. Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вышеизложенная информация и все приложения являются достоверными и правильными.

ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПОДАВШЕГО ЖАЛОБУ_____ **ДАТА** _____