

Distrito Escolar Unificado de San Diego
FORMA DE QUEJA UNIFORME 1700-01
(Referencia: Procedimiento Administrativo 1700 del Distrito)

A: SERVICIOS LEGALES
4100 Normal Street, Room 2148
San Diego, California 92103-2682

DE: Nombre(s) _____

 Domicilio _____ Código postal _____

 Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____

PROGRAMA (S) CONCERNIENTES (Por favor revise abajo):

- 1) Una violación a la ley o norma federal o estatal que rigen los siguientes programas:
 - Educación para adultos (Código de Educación, Secciones 8500-8538 y 52500-52616.5)
 - Nutrición infantil (Código de Educación, Secciones 49490-49560)
 - Cuidado y desarrollo infantil (Código de Educación, Secciones 8200-8493)
 - Ayuda categórica consolidada (Código de Educación, Sección 64000(a))
 - Educación para migrantes (Código de Educación, Secciones 54440-54445)
 - Educación especial (Código de Educación, Secciones 56000-56885 y 59000-59300)
 - Educación vocacional (Código de Educación, Secciones 52300-52480)
 - Ley Ningún Niño se Quedará Atrás (plan de seguridad escolar, 20 U.S.C. Sección 7114(d)(7))
 - Plan de Control Local y Rendición de Cuentas (Código de Educación, Sección 52075)

O

- 2) Discriminación, acoso, intimidación y hostigamiento en programas que reciben ayuda financiera estatal basada en cualquiera de las siguientes características reales o percibidas:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grupo étnico con el que se identifica | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Raza |
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Genealogía |
| <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Origen nacional |
| <input type="checkbox"/> Nacionalidad | <input type="checkbox"/> Etnia |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Discapacidad física o mental |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Sexo real o percibido |
| <input type="checkbox"/> Expresión de género | <input type="checkbox"/> Identidad de género |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Asociación con personas/grupos enumerados aquí |

NATURALEZA DE LA QUEJA. (Esta debe ser una descripción en sus propias palabras de las razones de su queja, incluyendo todos los nombres, fechas, y lugares necesarios para un entendimiento completo de su queja. Anexe hojas adicionales si es necesario):

¿Ha hablado usted con personal del distrito acerca de esta queja? ____ Sí ____ No

Si es así, ¿cuáles son sus nombres?

¿Cuál fue el resultado de la discusión? _____

Firma: _____

Fecha: _____

POR FAVOR DEVUELVA ESTA FORMA A:

SERVICIOS LEGALES
4100 NORMAL STREET, ROOM 2148
SAN DIEGO, CALIFORNIA 92103-2682