

Uniondale UFSD
Formulario de Reclamos por Discriminación y Acoso
(Escriba en letras de molde o a máquina)

Fecha de Presentación de Reclamo:

SECCIÓN I

Nombre de Denunciante (en letras de molde)	Firma del Denunciante
Dirección del Denunciante	Número(s) de Teléfono del Denunciante
Calle	Casa: ())
Ciudad, Estado	Celular: ())
Código Postal	Trabajo: ())

Papel del Denunciante en la Escuela (marque los que correspondan)

<input type="checkbox"/> Estudiante Grado: _____ Edad: _____	<input type="checkbox"/> Empleado del Distrito <input type="checkbox"/> Padre o representante <input type="checkbox"/> Miembro de la Comunidad u otro
--	---

SECTION II

Nombre del Plantel/ Ubicación	Nombre del Director de la Escuela/ Jefe de Departamento

SECTION III

La Discriminación o Acoso se Basa en Su: (marque lo que le corresponda)

<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Credo <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Práctica Religiosa <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Agrupación Étnica <input type="checkbox"/> Sexo (que incluye el acoso sexual y violencia sexual) <input type="checkbox"/> Identificación de Género <input type="checkbox"/> Orientación Sexual (el termo " orientación sexual" significa heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, o asexualidad)	<input type="checkbox"/> Afiliación Política <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Situación Militar <input type="checkbox"/> Estado de Veterano <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Situación de la Víctima de Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Registro de Arresto o Convicción <input type="checkbox"/> Información Genética <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
---	---

SECTION IV

Fecha del primer supuesto incidente de discriminación o acoso:

Nombre de persona(s) que comete(n) acción(es) contra denunciante, si se conoce(n):

Nombre(s):

Su empleo o papel (si se sabe):

Descripción de incidente(s):

Testigos, si los hay, u otros que deben ser contactados, con conocimiento de suma importancia para esta investigación (incluya información de contacto de cada persona):

-Use papel adicional si es necesario-

Nombre(s):

Información de Contacto:

Otras personas con quienes pudo haber discutido este incidente, que incluye información de contacto de cada una:

Nombre(s):

Información de Contacto:

SECTION V

Si hay casos múltiples de supuesta discriminación o acoso, suministre las fechas, descripción de los incidentes, y las personas implicadas:

Sección no corresponde

Nombre(s):

Su empleo o papel (si se conoce):

Descripción de incidente(s) con fechas:

¿Esta cuestión de discriminación o acoso ha sido reportada previamente?

No

Sí Fecha:

Reportado a (Nombre, Título/Empleo):

Si es que sí, describa el resultado o resolución:

SECTION VI

Remedio, resultado o resolución buscada por denunciante:

Una vez que se complete este formulario, envíelo al District Compliance Officer, Uniondale UFSD, 933 Goodrich St., Uniondale, NY 11553 o hrcompliance@uniondaleschools.org o a su Director o Jefe.

