



アーバイン統一学校区
特定苦情申し立て手続き
(参照: District Administrative Procedure 1312.3)

宛先:

Table with 1 column and 5 rows: 学区教育長オフィス, Irvine Unified School District, 5050 Barranca Parkway, Irvine, California 92604-4652, FAX: 949.936.5259

送り主:

Table with 2 columns and 6 rows: 氏名, 住所, 市、州、郵便番号, 電話番号(自宅), 電話番号(仕事), Eメール

苦情に関連しているプログラム (以下から選択してください。)

A. ___ 以下の法律で保護されている項目のいずれかに基づいて州の財政支援を受けているプログラムについての差別もしくはハラスメント:

Table with 3 columns and 5 rows of checkboxes: 民族グループの識別, 性別, 出身国/国民性, 宗教, 性指向, 身体的または精神的障害, 年齢, 人種, 性認識/性表現, ジェンダー, 先祖, 家庭環境/婚姻状況/妊娠, 在留資格

あるいは

B. ___ 以下のプログラムのいずれかを管理している連邦法、州法もしくは規制に対する違反:

Table with 1 column and 8 rows of checkboxes: 成人教育 (Education Code Sections 8500-8538 and 52500-52616.5), 職業技術および技術教育/トレーニングプログラム (Education Code Sections 52300-52480), 児童栄養 (Education Code Sections 49490-49560), 児童ケアおよび発達 (Education Code Sections 640009(a)), 季節労働家庭の教育 (Education Code Sections 54440-54445), 生徒への課金 (Education Code Sections 49010-49013), 特別支援教育 (Education Code Sections 56000-56885 and 59000-59300), 職業訓練教育 (Education Code Sections 52300-52480)

苦情の性質: (あなた自身の言葉で、苦情の理由を説明してください。その際に苦情に関する完全な理解が得られるよう、関連する全ての氏名、日付、場所を記載してください。必要であれば別紙をつけて下さい。)

この苦情に関して学区のスタッフと話したことはありますか? はい いいえ
話したことがある場合は、そのスタッフの氏名を記載してください。

話し合いを行った結果どうなりましたか?

以下にご署名をお願いします。全ての苦情は日付の記載が求められます。

署名
日付

FOR DISTRICT USE ONLY: Date complaint received: _____ District staff member who received complaint: _____ Date complaint forwarded to Compliance Officer: _____ Compliance Officer Designation, if applicable _____ Date designated, if applicable _____ Date copied to IUSD Risk Management Dept. _____
