Form 1312.3

얼바인교육구

균일 불만 처리 절차

(교육구 행정 절차 1312.3 참조)

To:

교육감 사무실
얼바인교육구
5050 Barranca Parkway
Irvine, California 92604-4652
FAX: 949.936.5259

From:

이름	
주소	
시, 주, 우편번호	
전화번호	
전화번호	
이메일	

해당 프로그램 (아래 표시하세요)

A. ___ 다음 보호 그룹 중 하나를 기반으로 주정부 재정 지원을 받는 프로그램에서 차별 또는 괴롭힘:

❑ 민족 그룹 식별	❑ 성	❑ 출신 국가/국적
❑ 종교	❑ 성적 취향	❑ 육체적/정신적 장애
❑ 나이	❑ 인종/피부색	❑ 성 정체성/표현
❑ 성별	❑ 혈통	❑ 가족/결혼 유무/임신
❑ 이민자 상태		

또는

B. ___ 다음 프로그램에 적용되는 연방법이나 주법 또는 규정 위반:

❑ 성인 교육 (Education Code Sections 8500-8538 and 52500-52616.5)
❑ 직업 기술과 기술 교육/훈련 프로그램 (Education Code Sections 52300-52480)
❑ 아동 영양 (Education Code Sections 49490-49560)
❑보육 및 발달(Education Code Sections 640009(a))

❑ 이주자 교육(Education Code Sections 54440-54445)
❑ 학생 비용/수수료 (Education Code Sections 49010-49013)
❑ 특수교육 (Education Code Sections 56000-56885 and 59000-59300)
❑ 직업 교육 (Education Code Sections 52300-52480)

불만 사항의 성격: (이것은 귀하의 불만 사항을 완전히 이해하는 데 필요한 관련 모든 이름, 날짜 및 장소를 포함하여 귀하의 불만 사항 근거에 대한 귀하의 말로 설명되어야 합니다. 필요한 경우 추가 종이를 첨부하십시오.)

이 불만 사항에 관해 교육구 직원과 이야기해 본 적이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

그렇다면 그들의 이름은 무엇입니까?

의논 결과는 어땠나요??

아래에 서명해 주십시오. 모든 불만 사항에는 날짜가 기재되어야 합니다..

서명
날짜

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.