

**Школьный Округ Города Ирвайн**
Единая Процедура Подачи Жалоб

(Ссылка: Окружной Административный Процесс 1312.3)

Кому:

Office of the Superintendent
Irvine Unified School District
5050 Barranca Parkway
Irvine, California 92604-4652
FAX: 949.936.5259

От кого:

Имя	
Адрес	
Город, Штат, ZIP код	
Телефон (домашний)	
Телефон (рабочий)	
E-Mail	

ВОВЛЕЧЕННАЯ(ЫЕ) ПРОГРАММА(Ы) (Пожалуйста Отметьте ниже)

А. ___ Дискриминация или притеснение в рамках программ получающих государственное финансирование на основе принадлежности к одному из следующих защищенных классов:

<input type="checkbox"/> Принадлежность к Этнической Группе	<input type="checkbox"/> Пол	<input type="checkbox"/> Национальное Происхождение/Национальность
<input type="checkbox"/> Религия	<input type="checkbox"/> Сексуальная Ориентация	<input type="checkbox"/> Физическая или Умственная Инвалидность
<input type="checkbox"/> Возраст	<input type="checkbox"/> Раса/Цвет кожи	<input type="checkbox"/> Гендерная Идентичность/Выражение
<input type="checkbox"/> Гендер	<input type="checkbox"/> Происхождение	<input type="checkbox"/> Семья/Семейное Положение/Беременность
<input type="checkbox"/> Иммиграционный Статус		

ИЛИ

В. ___ Нарушение федерального закона или закона штата или постановления, регулирующего следующую программу(ы):

<input type="checkbox"/> Образование Взрослых (Разделы Кодекса об Образовании 8500-8538 и 52500-52616.5)
<input type="checkbox"/> Программы Карьерного Технического и Технического Образования/Обучения (Разделы Кодекса об Образовании 52300-52480)
<input type="checkbox"/> Питание Детей (Разделы Кодекса об Образовании 49490-49560)
<input type="checkbox"/> Уход за Дети́ми и их Развитие (Разделы Кодекса об Образовании 640009(а))

- Образование Мигрантов (Разделы Кодекса об Образовании 54440-54445)
- Плата за Обучение (Разделы Кодекса об Образовании 49010-49013)
- Специальное Образование (Разделы Кодекса об Образовании 56000-56885 и 59000-59300)
- Профессиональное Образование (Разделы Кодекса об Образовании 52300-52480)

ХАРАКТЕР ЖАЛОБЫ: (Опишите своими словами основания для Вашей жалобы, включая все имена, даты и места, необходимые для полного понимания Вашей жалобы. (При необходимости приложите дополнительные страницы.)

Говорили ли Вы с кем-либо из сотрудников округа по поводу этой жалобы? ДА НЕТ
Если да, то их имена?

Какой был результат обсуждения?

Пожалуйста предоставьте Вашу подпись. Все жалобы должны быть датированы.

Подпись(и)
Дата

FOR DISTRICT USE ONLY: Date complaint received: _____ District staff member who received complaint: _____
--