



Irvine Unified School District
Procedimiento de quejas uniforme

(Referencia: Procedimiento Administrativo del Distrito 1312.3)

Forma 1312.3

Para:

Oficina del superintendente
Irvine Unified School District
5050 Barranca Parkway
Irvine, California 92604-4652
FAX: 949.936.5259

De:

Nombre	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono (casa)	
Teléfono (trabajo)	
Correo electrónico	

PROGRAMA (S) CONCERNIENTE (S) (Por favor marque a continuación)

A. ___ Discriminación o acoso en programas que reciben asistencia financiera estatal con base en una de las siguientes clases protegidas:

<input type="checkbox"/> Identificación del grupo étnico	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Origen/Nacionalidad
<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Discapacidad mental o física
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Raza/Color	<input type="checkbox"/> Identidad/Expresión de género
<input type="checkbox"/> Género	<input type="checkbox"/> Ascendencia	<input type="checkbox"/> Familia/Estado civil/Embarazo
<input type="checkbox"/> Estatus migratorio		

O

B. ___ Una violación de la ley o reglamento federal o estatal que rige los siguientes programas:

<input type="checkbox"/> Educación para adultos (Código de Educación, Secciones 8500-8538 y 52500-52616.5)
<input type="checkbox"/> Programas de capacitación/educación técnica y de carrera técnica (secciones 52300-52480 del Código de Educación)
<input type="checkbox"/> Nutrición infantil (Código de Educación, secciones 49490-49560)

Proporcione una firma a continuación. Todas las quejas deben tener fecha.

Firma(s)
Fecha

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. _____
