



Distrito Escolar de Reynolds

1204 NE 201st Ave

Fairview, OR 97024

(503) 661.7200 | reynolds.k12.or.us

Formulario de queja del Distrito Escolar de Reynolds

Este formulario puede completarse electrónicamente en reynolds.k12.or.us/district/public-complaints-procedure. Si envía el formulario en papel, envíelo por correo electrónico a complaint@rsd7.net o por correo postal a 1204 NE 201st Ave, Fairview, OR 97024.

Puede enviar este formulario de forma anónima; sin embargo, no recibirá ningún seguimiento de su queja sin proporcionar su información de contacto.

Fecha: _____

Nombre y apellido: _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Rol (estudiante, personal, parent/tutor, proveedor, etc.): _____

Información del estudiante:

Nombre del estudiante (si corresponde): _____ Grado: _____

Escuela a la que asiste actualmente (si corresponde): _____

Información de la queja:

Tipo de queja:

- Acoso sexual
- Violencia doméstica en el noviazgo
- Acoso sexual o de género
- Agresión sexual
- Acecho
- Otros tipos de acoso/bullying
- Igualdad de oportunidades en el empleo
- Materiales didácticos / Materiales de biblioteca
- Queja pública (por ejemplo, violación de políticas, mala conducta, etc.)
- Título I, Parte A Derechos de los padres
- Acceso a programas de educación profesional y técnica (Directrices IV-O del USDE, Título VI: 34 CFR § 100.6 (d))



Lideramos con equidad para educar y apoyar a todos los estudiantes para que se gradúen con las habilidades y la confianza para prosperar.

- Queja de un miembro del personal del RSD
- Represalias
- Discriminación basada en cualquier clase protegida:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Discriminación basada en la raza |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen nacional |
| <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Identidad o expresión de género |
| <input type="checkbox"/> Orientación sexual | <input type="checkbox"/> Embarazo o condición relacionada |
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Estado de veterano |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Discapacidad física o mental (incluida la ADA/Sección 504) |

Otro: _____

Fecha del incidente(s): _____

Ubicación del incidente(s): _____

Partes involucradas: _____

Proporcione una descripción detallada de su queja, incluidos los nombres de las personas involucradas, si se conocen, y cualquier hecho o circunstancia relevante.



¿Qué resolución estás buscando?

¿Hay algo más que le gustaría que el investigador de quejas supiera?

Adjunte cualquier documento o evidencia de respaldo para respaldar su reclamo.

Firma del denunciante: _____ Fecha: _____



Lideramos con equidad para educar y apoyar a todos los estudiantes para que se gradúen con las habilidades y la confianza para prosperar.