

Grizzly Challenge Charter School (GCCS)

Denuncio de Acoso Sexual

Reglamentos administrativos de referencia y Políticas de la Junta 5145.7, 5145.71, 4119.11/4219.11/4319.11 y 4119.12/4219.12/4319.12

PERSONA PRESENTACIÓN DENUNCIO

<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Representante Autorizado <input type="checkbox"/> Título IX Coordinador			
Nombre(s) Completo(s):		Título:	
Dirección:		# Apto:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
# De Teléfono:	# De Teléfono Alternativo:		
Correo Electrónico:			

PRESUNTO(S) VICTIMA(S)

<input type="checkbox"/> Estudiante (Fecha de nacimiento: _____) <input type="checkbox"/> Empleado (# ID: _____) <input type="checkbox"/> Otro-especificar: _____			
Nombre Completo:		Título:	
<input type="checkbox"/> Dirección mismo a persona presentando denuncia (arriba)			
Dirección:		# Apto:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
# De Teléfono:	# De Teléfono Alternativo:		
Correo electrónico:			
<input type="checkbox"/> Estudiante (Fecha de nacimiento: _____) <input type="checkbox"/> Empleado (# ID: _____) <input type="checkbox"/> Otro-especificar: _____			
Nombre Completo:		Título:	
<input type="checkbox"/> Dirección mismo a persona presentando denuncia (arriba)			
Dirección:		# Apto:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

# De Teléfono:		# De Teléfono Alternativo:	
Correo electrónico:			

Continuar en la página siguiente

DETALLES DE QUEJA

Nombre(s) de Acusado:		<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre(s) de Acusado:		<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre(s) de Acusado:		<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Otro
Escuela / Ubicación :		Programa Escolar/Actividad:		
Fecha de Incidente(s):		Frecuencia de Incidente(s):		
¿Cómo se enteró de la supesta mala conducta?				
¿La presunta víctima participa actualmente en algún programa o actividad de GCCS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

TESTIGO(S)

1.	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Padre/Tutor	<input type="checkbox"/> Otro
2.	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Padre/Tutor	<input type="checkbox"/> Otro
3.	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Padre/Tutor	<input type="checkbox"/> Otro

Continuar en la página siguiente

NATURALEZA DE LA DENUNCIO

Describa el acoso sexual no deseada. ¿Qué supuestamente se a dicho o hecho? Incluya las fechas, horas y lugares de la supuesta conducta, circunstancias detalladas, cualquier persona involucrada, y toda la evidencia relacionada con cada denuncia. Adjunta cualquier documentación y/o evidencia relacionada.

¿La presunta víctima es un estudiante? ¿Cómo se le ha negado el acceso equitativo a uno o más de los GCCS programas educativos o actividades como resultado de la conducta? Proporcione detalles sobre la programa o actividad y el estudiante a estado denegado.

INFORMES

¿Usted a denunciado previamente la supuesta violación de discriminación, acoso, intimidación y/o agresión a un personal de GCCS? Sí no En caso afirmativo, completo la siguiendo:

Nombre:	Posición:	Fecha:
---------	-----------	--------

Departamento:

¿Resultado de el informe?

Nombre:	Posición:	Fecha:
---------	-----------	--------

Departamento:

¿Resultado de el informe?

Nombre:	Posición:	Fecha:
---------	-----------	--------

Departamento:

¿Resultado de el informe?

RESULTADO

¿Cuál es el resultado/resolución que se desea al presentar este denuncia?

MEDIDAS DE APOYO

Se an implementado Medidas de Apoyo estado implementado para la(s) presunta(s) víctima(s)?? Sí No

En caso afirmativo, por quien?	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Subdirector <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Otro
--------------------------------	---

escriba las Medidas de Apoyo ya implementadas:

¿Le gustaría solicitar Medidas de Apoyo (adicionales)? Sí No

En caso afirmativo, indica Medidas de Apoyo sugeridas o adicionales.

RECONOCIMIENTO

Estoy presentando un Denuncio de Acoso Sexual y solicito iniciar el procedimiento de queja requerido bajo las Políticas de Acoso Sexual de GCCS (mencionadas anteriormente). GCCS me ha proporcionado copias de los correspondientes políticas (por copia impresa y/o enlace web) y las he leído.

GCCS enviará por correo electrónico o por correo postal una respuesta por escrito a la dirección que proporcioné en este formulario de recibo de GCCS de este denuncia.

En el caso de que las acusaciones de Acoso Sexual no alcanzan el nivel de la definición federal de acoso sexual lo prescrito en las reglamentaciones del Título IX, la queja se procesará conforme a las Proceso Uniforme de Denuncia ("UCP") de GCCS, que son AP y BP 1312.3, como una queja de discriminación, acoso, intimidación y/o intimidación basada en el sexo. El tiempo de UCP es de 60 días naturales..

Para conducir una investigación apropiada y precisa, es posible que GCCS deba realizar una entrevista verbal (teléfono, electrónico o en persona) de mí, mi(s) hijo(s) menor(es), o ambos. Entiendo que si me niego a proporcionar al investigador con documentos u pruebas relacionadas con la denuncia, o no coopero en la investigación o interfiero de cualquier otra manera, GCCS puede desestimar la denuncia por falta de pruebas para apoyar las acusaciones.

Además, tengo derecho a reclamar la decisión de GCCS. El recurso deberá interponerse dentro de los 10 días naturales siguientes a la recibir la notificación de la decisión o desestimación de parte de GCCS. Las apelaciones presentadas después de el fin de plazo no serán considerado. Una apelación debe indicar los motivos de la apelación y incluir cualquier documentación relevante para el apoyo de la apelación. La respuesta escrita incluirá las instrucciones para apelar la decisión de GCCS.

Yo comprendo que puedo retirar este denuncia por escrito en cualquier momento durante este proceso.

Yo certifico que el contenido y evidencia incluido en este denuncia es verdadero y preciso a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

ENVIAR POR COMPLETAR ESTA FORMA Y

por envío o correo electrónico a:

Katherine Aaron
Title IX Coordinator
San Luis Obispo County Office of Education
3350 Education Drive
San Luis Obispo, California 93405
kaaron@slocoe.org