

Mountain View School District Uniform Complaint Procedures Form

Last Name _____ First Name/Middle Initial _____

Student Name (if applicable) _____ Grade _____ Date of Birth _____

Street Address/Apt. # _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

School/Office of Alleged Violation _____

For allegations of noncompliance, please check the program or activity referred to in your complaint, if applicable:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consolidated Categorical Programs | <input type="checkbox"/> Child Development Programs |
| <input type="checkbox"/> Career/Technical Education | <input type="checkbox"/> Nutrition Services |
| <input type="checkbox"/> Migrant and Indian Education | <input type="checkbox"/> Special Education |

For allegations of unlawful discrimination/harassment, please check the basis of the unlawful discrimination/ harassment described in your complaint, if applicable:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Age | <input type="checkbox"/> Ethnic Group Identification | <input type="checkbox"/> Religion |
| <input type="checkbox"/> Ancestry | <input type="checkbox"/> Gender | <input type="checkbox"/> Sex (Actual or Perceived) |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> National Origin | <input type="checkbox"/> Sexual Orientation (Actual or Perceived) |
| <input type="checkbox"/> Disability (Mental or Physical) | <input type="checkbox"/> Race | <input type="checkbox"/> Other |
- Based on association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics.

1. Please give facts about the complaint. Provide details such as the names of those involved, dates, whether witnesses were present, etc., that may be helpful to the complaint investigator.

Distrito Escolar Mountain View

Formulario del Procedimiento Uniforme de Quejas

Apellido _____ Nombre/Inicial del Segundo Nombre _____

Nombre del Estudiante (Si corresponde) _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección/# de Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ Teléfono (trabajo) _____

Escuela/Oficina de la Supuesta Violación _____

Para queja (s) de incumplimiento, favor de marcar el programa o actividad en referencia a su queja, si aplica:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Programas Consolidados de Ayuda Categórica | <input type="checkbox"/> Programas de Desarrollo Infantil |
| <input type="checkbox"/> Educación Profesional y Técnica | <input type="checkbox"/> Servicios de Alimentación |
| <input type="checkbox"/> Educación de Estudiantes Migrantes e Indio Americanos | <input type="checkbox"/> Educación Especial |

Para queja (s) de discriminación ilegal/acoso, favor de marcar la base de la discriminación ilegal/acoso como se describe en su queja, si aplica:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Identificación de Grupo Étnico | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Sexo (Actual o Percibido) |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Orientación Sexual (Actual o Percibida) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (Mental o Física) | <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Otro |
- Basado sobre la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas.

1. Favor de explicar los hechos acerca de la queja. Favor de proporcionar los detalles como los nombres de las personas involucradas, fechas, si había testigos presentes, etc., que puedan ser útiles para el investigador de quejas.
