



DSISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE ELK GROVE
9510 Elk Grove-Florin Road
Elk Grove, CA 95624

Para El Uso De la Oficina Solamente
Date Received

FORMA DE RECLAMOS

PLEASE PRINT

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____
NÚMERO CALLE APT. # CIUDAD ESTADO C ÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CASA: () OTRO TELÉFONO: ()

YO SOY UN (Seleccione uno): [] ESTUDIANTE [] EMPLEADO [] PADRE [] OTRO

DESEO RECLAMAR CONTRA:

Nombre de la persona, programa o actividad _____

Dirección: _____

YO DESEO RECLAMAR ACERCA DE LO SIGUENTE

(Por favor especifique que pasó, cuando, donde, como sucedió, y quien estaba en ese lugar: _____

Añada las páginas adicionales necesarias.

Fecha de la conducta que dio lugar a este reclamo: _____

Si hay algún testigo a la conducta alegada o si hay cualquier persona quién podría proporcionar más información con respecto a esto, enumere por favor los nombres, direcciones, números de teléfono: _____

¿Qué piensa usted sería el remedio apropiado para resolver este reclamo?

Certifico bajo pena del perjurio que el antecedente y cualquier anexo son verdaderos y correctos.

Forma llenada el día ____ del mes de _____ 20 ____, en la hora _____, California.

FIRMA DEL QUE RECLAMA _____