

Reporte de Discriminación y Acoso

Este reporte debe ser entregado cuando llene una queja formal de la Póliza de No-Discriminación del Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay 411 o 411.11 y el Estatuto de Wisconsin § 118.13. En este caso, mande el reporte completamente lleno por fax al (920) 272-7051.



Detalles del Incidente	
Individuo llenando este reporte:	Fecha del reporte:
Escuela:	Fecha del incidente:
Parentesco al estudiante (si es necesario):	
Grupos Protegidos: <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Origen nacional/abolengo/credo <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Estado Marital/Parental <input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Identidad de género <input type="checkbox"/> Expresión de género <input type="checkbox"/> Disconformidad de género <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Otro:	
Individuo(s) involucrados (agregue hoja con más información si es necesario):	
Descripción del incidente (agregue hoja con más información si es necesario):	
Petición del individuo llenando este reporte (agregue hoja con más información si es necesario):	

*Este procedimiento no preluirá a un individuo de presentar una queja directamente o por apelación con la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos – Región V en Chicago, Illinois por quejas sobre leyes de discriminación federales o con una corte legal.

**El Distrito pide que la queja tenga acceso a la póliza de la escuela primero.

Estatuto de Wisconsin § 118.13. Es Prohibido Discriminar a los Estudiantes

(1) Excepto como es dictado en estatuto 120.13(37m), a ninguna persona se le puede negar admisión a cualquier escuela pública o negar participación en, negar los beneficios de, o ser discriminado en cualquier programa o actividad extracurricular, servicios estudiantiles, recreativos, u otro programa debido al género, raza, religión, origen nacional, descendencia, credo, embarazo, estado marital/parental, orientación sexual, o discapacidad mental, emocional, o física.

Firma de individuo llenando este reporte

Fecha:

For Office Use Only	
Date Received:	Received By:

For Internal Use Only

Name:

Title:

Summary of Facts/Evidence by Each Party Involved:

Resolution:

Date of Resolution:

Notification Sent to Requestor:

Yes No

Date Sent to Requestor: