

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WOODLAND
Denuncia de Sospecha de Acoso Escolar

FECHA: _____

___ Persona reportando un presunto incidente O ___ reporte anónimo

Instrucciones: Complete este formulario para denunciar el presunto acoso y envíelo al administrador del sitio. Se llevará a cabo una investigación para determinar si ocurrió intimidación y se necesitan acciones correctivas.

Cronograma de respuesta: El administrador del sitio se comunicará con la persona que realiza el informe dentro de los 2 días escolares de la fecha en la que el reporte fue recibido. La administración del sitio tiene 10 días escolares para completar la investigación e informar los resultados. Si no está satisfecho con el resultado de la investigación, Usted tiene derecho a presentar una queja bajo los Procedimientos Uniformes de Quejas.

Fecha del (de los) presunto(s) incidente(s): _____	Escuela _____
Nombre de Estudiante Atacado: _____	Grado: _____
Nombre de Estudiante(s) Agresor(es): _____	Grado: _____
Nombre: _____	Grado: _____
Nombre: _____	Grado: _____

¿Qué pasó? (elija todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Agresión física directa/lucha	<input type="checkbox"/> Excluir o rechazar al estudiante
<input type="checkbox"/> Lograr que otra persona golpee o dañe al estudiante	<input type="checkbox"/> Insultos sexuales
<input type="checkbox"/> Burlas, insultos, amenazas	<input type="checkbox"/> Intimidar, explotar o extorsionar
<input type="checkbox"/> Hacer gestos groseros o amenazantes	<input type="checkbox"/> Difundir rumores dañinos o chismes
<input type="checkbox"/> Usar insultos raciales o religiosos	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Dónde ocurrieron las incidencias? (elija todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Salón	<input type="checkbox"/> Baño	<input type="checkbox"/> Propiedad fuera de la escuela
<input type="checkbox"/> Pasillo	<input type="checkbox"/> Parque infantil /campo	<input type="checkbox"/> Correo electrónico/texto/computadora
<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Excursión/actividad/evento	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cuándo ocurrieron las incidencias? (elija todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Durante el tiempo de clase	<input type="checkbox"/> Receso	<input type="checkbox"/> Almuerzo
<input type="checkbox"/> Período de paso	<input type="checkbox"/> Antes/después de la escuela	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Por favor, indique si las incidencias involucraron agresión hacia un estudiante basada en estas características reales o percibidas:

<input type="checkbox"/> Apariencia o peso	<input type="checkbox"/> Orientación sexual o identidad de género	<input type="checkbox"/> Necesidades especiales o discapacidad	<input type="checkbox"/> Raza u Origen étnico	<input type="checkbox"/> Estatus Migratorio
--	---	--	---	---

Por favor, describa el incidente con más detalle (Por favor, adjunte una hoja si se necesita más espacio)

Person Completing Form		
Name: _____	Phone: _____	Date _____