

# Escuelas Públicas de Windham



## Forma para Reporte de Acoso

Esta forma debe presentarse al coordinador de Título IX del distrito. *(Estudiantes)* Miguel Pabon Director de Servicios al Estudiante 355 High St. Unit B, Willimantic, CT. 06226 860-465-2512 *(Adultos)* Stephanie Garrett Directora de Recursos Humanos de WPS 355 High St. Unit B, Willimantic, CT. 06226 860-465-2308

Querellante: \_\_\_\_\_

Dir. Residencial \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Teléfono o Celular \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo (si aplica) \_\_\_\_\_

Fecha alegada del incidente \_\_\_\_\_

El alegado Acoso es basado en: (Marque todas las que apliquen)

Raza

Color

Origen Nacional

Genero

Discapacidad

Religión

Descendencia

Edad

Orientación Sexual

Nombre de la persona que usted cree violo la Póliza de Acoso del Distrito \_\_\_\_\_

Si el alegado acoso fue dirigido a otra persona, favor identifique esta persona \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo de la otra persona y/o número de teléfono de la misma \_\_\_\_\_

Describa el incidente tan claro como sea posible, incluya cualquier informe oral (amenazas, comentarios degradantes, demandas) y cualquier tipo de acción o actividad. Sea específico. Añada páginas de ser necesario.

---

---

---

---

---

---

---

Donde y cuando sucedió el incidente: \_\_\_\_\_

Liste los testigos presentes: \_\_\_\_\_

Esta queja es basada en mi creencia honesta que \_\_\_\_\_ a discriminado en contra mía u otra persona. Certifico que la información proveída es cierto, correcta y complete hasta donde puedo entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Una copie debe ser entregada el querellante.***