

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)

Escuela

incidente(s):

Nombre de Estudiante Atacado:

Grado:

Nombre de Estudiante(s) Agresor(es):

Grado:

Nombre:

Grado:

Nombre:

Grado:

¿Qué pasó? (elija todo lo que corresponda)

- ☐ Agresión física directa/lucha
☐ Lograr que otra persona golpee o dañe al estudiante
☐ Burlas, insultos, amenazas
☐ Hacer gestos groseros o amenazantes
☐ Usar insultos raciales o religiosos

- ☐ Excluir o rechazar al estudiante
☐ Insultos sexuales
☐ Intimidar, explotar o extorsionar
☐ Difundir rumores dañinos o chismes
☐ Otro: _____

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

- ☐ Salón
☐ Pasillo
☐ Comedor

- ☐ Baño
☐ Parque infantil /campo
☐ Excursión/actividad/evento

- ☐ Propiedad fuera de la escuela
☐ Correo electrónico/texto/computadora
☐ Otro: _____

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

- ☐ Durante el tiempo de clase
☐ Período de paso

- ☐ Receso
☐ Antes/después de la escuela

- ☐ Almuerzo
☐ Otro: _____

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

- ☐ Apariencia o peso ☐ Orientación sexual o identidad de género ☐ Necesidades especiales o discapacidad ☐ Raza u Origen étnico ☐ 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