



**Distrito Escolar Unificado de Santa Ana**  
**Proceso Uniforme de Quejas**  
**Hoja para presentar una queja**

Apellido del reclamante: \_\_\_\_\_ Nombre de pila del reclamante: \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (si aplica): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio/Número de apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Fecha y escuela/oficina donde se alega que ocurrió la inconformidad: \_\_\_\_\_

**Para programas aplicables del estado y federal:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuotas Estudiantiles para Actividades Educativas                 | <input type="checkbox"/> Plan de Rendición de Cuentas con Control Local (LCAP) |
| <input type="checkbox"/> Cursos sin Contenido Educativo                                   | <input type="checkbox"/> Plan de Seguridad Escolar                             |
| <input type="checkbox"/> Educación para Carreras Técnicas                                 | <input type="checkbox"/> Programas Consolidados de Asistencia Categórica       |
| <input type="checkbox"/> Educación para Familias Migrantes                                | <input type="checkbox"/> Programas de Cuidado y Desarrollo Infantil            |
| <input type="checkbox"/> Educación para Jóvenes de Crianza                                | <input type="checkbox"/> Programas de Educación Especial                       |
| <input type="checkbox"/> Educación para Niños sin Hogar                                   | <input type="checkbox"/> Servicios de Nutrición Infantil                       |
| <input type="checkbox"/> Ley Cada Alumno/a Triunfa/NCLB                                   | <input type="checkbox"/> Tabaco  |
| <input type="checkbox"/> Minutos de Enseñanza de Educación Física para Educación Primaria |  |

**Para alegato(s) de discriminación ilegal (como acoso discriminatorio o intimidación):**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad                            | <input type="checkbox"/> Expresión de género          | <input type="checkbox"/> Origen nacional    |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia                     | <input type="checkbox"/> Identidad de género          | <input type="checkbox"/> Raza               |
| <input type="checkbox"/> Color                           | <input type="checkbox"/> Alumna lactante              | <input type="checkbox"/> Religión           |
| <input type="checkbox"/> Identificación con grupo étnico | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental o física | <input type="checkbox"/> Sexo               |
| <input type="checkbox"/> Género                          | <input type="checkbox"/> Nacionalidad                 | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
- O en la asociación de una persona con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas.

**Otra:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. Por favor escriba los hechos de la queja. Anote los detalles y los nombres de las personas involucradas, las fechas, si hubo testigos presentes, etcétera. *Adjunte páginas adicionales si es necesario.***

---

---

---

**2. ¿Ha hablado de su queja o presentado su queja a algún empleado del Distrito Escolar Unificado de Santa Ana? Si es así, ¿a quién le presentó la queja y cuál fue el resultado?**

---

---

---

**3. Por favor presente copias de documentos escritos pertinentes que apoyen su queja.**

He presentado documentos de apoyo  Sí  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Presente su queja/documentos a:**

Dr. Hiacynth D. Martinez  
Superintendente Asistente, Recursos Humanos  
Distrito Escolar Unificado de Santa Ana  
1601 East Chestnut Avenue  
Santa Ana, CA 92701-6322  
Teléfono: (714) 558-5860