

Escuelas Públicas de Las Cruces

Sección 504 Forma de Agravio/Queja

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección (Calle, # Departamento): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Hogar: _____ Teléfono de Oficina: _____

Con Referencia A: _____

(nombre de estudiante)

(nombre de escuela)

Esta queja concierne a las alegaciones de: (Marque la opción)

- Violación de la Sección 504 póliza y procedimientos
- Un desacuerdo con la Sección 504 del Distrito en decisiones para identificar, evaluar, y crear una adaptación para el estudiante
- Discriminación o acoso de discapacidad (Esta queja debe ser llenada dentro de 6 meses desde la última incidencia de la discriminación)

1. Favor de dar datos del agravio. Favor de proporcionar detalles como los nombres de los involucrados, fechas, testigos presentes, etc. que puedan ser de ayuda para el investigador de la queja.

2. Por favor proporcione copias de cualquier documento que pueda ser relevante a su queja

He adjuntado documentos _____ si _____ no

3. Por favor indique la resolución específica que está buscando:

4. ¿Ha discutido o dado a conocer esta queja con cualquier miembro del personal de Las Escuelas Públicas de Las Cruces? Si lo ha hecho, ¿con quién discutió la queja? y ¿cuál fue el resultado?

Yo certifico que lo previo es correcto y verdadero

Firma: _____

Fecha: _____

Favor de adjuntar páginas adicionales en caso de necesitarlas para proveer detalles. Envíe por correo o entregue los documentos a:

District Section 504 Coordinator

Las Cruces Public Schools

505 South Main Street, Suite 249

Las Cruces, New Mexico 88001

Telefono: (575) 527-6690

Fax: (575) 527-6681

Received by:

Signature of District 504 Coordinator

Date