**SACRAMENTO CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**Informe de Sospecha de Acoso**

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del incidente** | |
| **Fecha del incidente(s):** | **Escuela:** |
| **Nombre del denunciante:** | **Grado:** |
| **Nombre del investigado:** | **Grado:** |
| **Persona que está reportando el acoso:** | **Teléfono:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de acoso** | | | | |
| Sexual o basado en el género | Raza/etnicidad | Necesidades especiales o discapacidad | Religión | Otro |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lugar** (marque todas las que correspondan) | | |
| Aula/pasillo | Baño | Fuera de las instalaciones escolares |
| Gimnasio/vestidores | Patio de recreo/cancha | Correo electrónico/texto/redes sociales |
| Cafetería | Excursión/actividad/evento | Otro: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Frecuencia** | |
| Una ocasión | Continuamente/repetidamente |

|  |
| --- |
| **Por favor describa el incidente(s) más detalladamente :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persona que está llenando el formulario** | |
| **Nombre de la persona que está llenando el formulario**: | **Título**: |
| **Firma:** | **Teléfono:** |