



SACRAMENTO CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Reporte de Presunto Acoso

FECHA: _____

Indicaciones: Llene este formulario para reportar un acoso. Se hará una investigación para determinar si ocurrió el acoso y si es necesario tomar medidas correctivas.

Fecha del Incidente(s): _____ Escuela: _____

Nombre del Estudiante Acosado (Victima): _____ Grado: _____

Nombre del Agresor (es): _____ Grado: _____

Persona que llena este formulario: _____ Título: _____

Firma: _____ Teléfono: _____

Tipo de Acoso

<input type="checkbox"/> Acoso Sexual/En base al género	<input type="checkbox"/> Raza o Etnicidad	<input type="checkbox"/> Necesidades especiales o discapacidad	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Otro
---	---	--	-----------------------------------	-------------------------------

Lugar (Marque todas las opciones correspondientes)

<input type="checkbox"/> Salón de clases	<input type="checkbox"/> Baño	<input type="checkbox"/> Fuera de las instalaciones escolares
<input type="checkbox"/> Pasillo	<input type="checkbox"/> Patio de recreo/cancha	<input type="checkbox"/> Correo electrónico/texto/computadora
<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Excursión/actividad/evento	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Frecuencia

<input type="checkbox"/> Una ocasión	<input type="checkbox"/> Continuamente o repetidamente
--------------------------------------	--

Por favor describa el incidente más detalladamente. (Por favor, incluya una hoja adicional si necesita más espacio)



SACRAMENTO CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Investigación de Acoso

(Debe ser Completado por el Administrador)

Resumen de los hallazgos y la resolución. (Por favor incluya una hoja adicional si es necesario; incluyendo las declaraciones)

¿Se resolvió la queja a nivel escolar? Sí No

Servicios de Apoyo / Servicios de Consejería

Centro de Conexión Apoyo en la Escuela Agencia Externa
 Centro de Apoyo Estudiantil Quién _____ Dónde _____

Persona que reporta el acoso (Puede ser diferente a la persona que llena este formulario)

Nombre:	Teléfono:	Título:
---------	-----------	---------

Administrador que completa este formulario

Firma:	Fecha:
--------	--------

Administrator to send copies of 1. Report of Suspected Harassment 2. Harassment Investigation to Title IX Compliance Officer, Stephan-Brown@SCUSD.edu