



三藩市聯合校區

統一申訴程序 申訴表格

I. 聯絡資訊：

姓：_____ 名：_____

地址：_____ 寓所 #：_____

城市：_____ 州：_____ 郵區編號：_____

住宅電話：_____ 工作電話或手機：_____

電郵：_____

II. 申訴人

您代表誰提交申訴？_____

家長/監護人 學生 事件證人 其他

III. 學校資訊

校名：_____

年級：_____ 校長姓名：_____

IV. 申訴依據：

校區違反以下相關聯邦或州法例或法規：

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 成人教育 | <input type="checkbox"/> 寄養學生的教育機會 |
| <input type="checkbox"/> 職業/技術訓練 | <input type="checkbox"/> 地方性控制問責計劃(LCAP) |
| <input type="checkbox"/> 兒童培育及發展 | <input type="checkbox"/> 移民教育 |
| <input type="checkbox"/> 兒童營養 | <input type="checkbox"/> 體育分鐘 |
| <input type="checkbox"/> 綜合分類資助計劃 | <input type="checkbox"/> 教育活動學生收費 |
| <input type="checkbox"/> 教學內容投訴 (9-12 年班) | <input type="checkbox"/> 特殊教育 |

請根據您遭遇到的歧視、騷擾、恐嚇及欺凌類型，在下面勾選適當答案：

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 年齡 | <input type="checkbox"/> 婚姻或父母狀況 |
| <input type="checkbox"/> 祖先 | <input type="checkbox"/> 國籍 |
| <input type="checkbox"/> 接受母乳喂養的學生 | <input type="checkbox"/> 原國籍 |
| <input type="checkbox"/> 膚色 | <input type="checkbox"/> 種族或族裔 |
| <input type="checkbox"/> 身體或精神殘障 | <input type="checkbox"/> 宗教 |
| <input type="checkbox"/> 族群認同 | <input type="checkbox"/> 性 |
| <input type="checkbox"/> 性別表達 | <input type="checkbox"/> 性騷擾(第九條) |
| <input type="checkbox"/> 性別身份 | <input type="checkbox"/> 性取向 |
| <input type="checkbox"/> 性別 | <input type="checkbox"/> 任何與這些實際或感知特徵之關聯 |
| <input type="checkbox"/> 基因資料 | |

涉及違反以下情況之指控：

- 上述受保障類別以外之欺凌行為
- 在統一申訴程序中所干犯之任何報復行為，包括對投訴人、有份參與投訴過程之人士、或曾揭露或舉報有關違規行為之任何人士

V. 申訴內容

請盡您能力回答以下問題。如地方不敷，請另紙書寫，附在這裡。

請詳細**描述**導致您作出這申訴的事件類型。詳情包括事件發生的日期、時間、地點，或所指行為最早引起您關注的時間：

請列出涉及申訴事件的人士：

請列出事件的任何**證人**：

提交申訴前，您採取了什麼**行動**解決這問題？

提交申訴人簽名

日期

所有申訴請提交：

公平辦事處
地址：555 Franklin Street, 3rd Floor
San Francisco, CA 94102
電話：(415) 355-7334
傳真：(415) 355-7333
電郵：equity@sfusd.edu