

Seguin Independent School District
Formulario de queja del empleado
Nivel Dos

Complete este formulario de acuerdo con la política del distrito DGBA (LOCAL). Su queja será rechazada si se presenta con información incompleta. Envíe su queja de nivel dos al superintendente.

1. Nombre _____
2. Identifique al administrador que sostuvo la conferencia de Nivel Uno y proporcionó la decisión de Nivel Uno _____
3. Identifique la fecha en que recibió la decisión de Nivel Uno _____
4. Adjunte una copia de la decisión de Nivel Uno e identifique específicamente las partes de la decisión de Nivel Uno que desea que el superintendente o su designado revise.

5. Indique específicamente por qué no está de acuerdo con la parte (s) de la decisión de Nivel Uno que identificó en respuesta al número 4 anterior.

6. Adjunte los documentos en los que usted confió en el Nivel Uno (si los hubiera) y explique cómo apoyan su posición en las respuestas 4 y 5 anteriores. Sólo los documentos identificados serán considerados en el Nivel Dos.

7. Identifique el remedio que busca en el Nivel Dos.

Firma del empleado

Fecha Enviado

Nombre, dirección y teléfono y número de fax del representante, si lo hubiere, si no se ha proporcionado previamente.
