

**Seguin Independent School District**  
**Formulario de queja pública**  
**Nivel Dos**

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

1. Nombre \_\_\_\_\_

2. Dirección y Teléfono \_\_\_\_\_

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. En otras palabras, ¿qué quiere que hagamos en respuesta a su queja?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

Firma

---

Fecha Enviado

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

---

---

---

---