**SACRAMENTO CITY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**P. 1 of 2 Two-Sided Form**

**Reporte de Sospecha de Intimidación o Acoso (E5145.4)**

**Indicaciones:** Llene este formulario para reportar un presunto acoso o intimidación. Favor de entregarlo al director de la escuela **inmediatamente**. Se hará una investigación para determinar si ocurrió un acoso o intimidación y si se necesita hacer algo para corregirlo.

|  |
| --- |
| **Fecha del Presunto Incidente(s) Escuela:** |
| **Nombre del Estudiante Acosado: Grado:** |
| **Nombre del Estudiante Agresor: Grado:** |
| **Nombre del Estudiante Agresor: Grado:** |
| **Nombre del Estudiante Agresor: Grado:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué ocurrió?** (Marque todas las opciones que se apliquen) | |
| Una agresión física directa/pelea  Pidió a alguien que golpeara o dañara a un estudiante  Provocó, insultó, amenazó  Hizo gestos groseros o amenazantes  Usó insultos raciales o religiosos | Excluyó o rechazó al estudiante  Usó insultos sexuales  Intimidó, se aprovechó de o extorsionó al estudiante  Propagó rumores o chismes dañinos  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Dónde ocurrió el incidente?** (Marque todas las opciones que se apliquen) | | |
| En el aula  En el pasillo  En el comedor | En el baño  En el patio de juegos/cancha  Durante la excursión/actividad/evento | Afuera de la escuela  Por email/texto/computadora  Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Cuándo ocurrió el incidente?** | | |
| Durante la clase  Durante el periodo entre las clases | Durante el recreo  Antes/después de la escuela | Durante el almuerzo  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Por favor indique si el incidente fue una agresión hacia el estudiante debido a una de las siguientes características, reales o percibidas:** | | | | |
| Exceso de peso | Homosexual, lesbiana, bisexual, transexual | Necesidades especiales o discapacidad | Raza minoritaria, color de piel o nacionalidad | Otra: |

**Por favor describa el incidente con más detalles** (Incluya una página adicional si necesita más espacio)

|  |
| --- |
| **Persona que reporta el presunto incidente** (Puede ser diferente a la persona que llena este formulario) |
| Nombre: Teléfono: Título: |
| **Persona que llena el formulario:** |
| Nombre: Teléfono: Título: |
| Firma: Fecha: |