



Distrito de la Universidad Comunitaria de Los Angeles

Oficina de Diversidad, Equidad e Inclusión

770 Wilshire Blvd., 2o Piso
Los Angeles, CA 90017

Teléfono: 213 891-2000 ext: 2315 Fax: 213 891-2295

Discriminación Prohibida, Acoso Ilícito, y Conducta Sexual Inapropiada (Título IX)

Formulario de Denuncia

- La política del Distrito de la Universidad Comunitaria de Los Angeles, es proporcionar un ambiente educativo, laboral y empresarial seguro y libre de Discriminación Prohibida, Acoso Ilícito y Conducta Sexual Inapropiada, según lo definido en el Reglamento Administrativo C-14.
- Se llevarán investigaciones de todas las denuncias que aleguen infracciones de este Capítulo, bajo los auspicios de la Oficina de Diversidad, Equidad, e Inclusión (Política de la Junta 15001-15003)

<https://www.laccd.edu/About/Pages/Admin-Regs.aspx>

<https://www.laccd.edu/Board/Documents/BoardRules/Chapter%20XVdocx>

Información Personal

1) Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Dirección: _____ Depto./Unidad# _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Celular #: _____ Teléfono Secundario #: _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo/Género: _____

2) **Estatus:** *Marque la Casilla Apropiaada*

Yo soy un(a):

Miembro de Facultad Miembro del Personal Clasificado Miembro del Personal No-clasificado Estudiante trabajador

Identificación del Estudiante: _____ Solicitante Otro: _____

Nombre Clase/Sección #: _____ Posición solicitada: _____

Otoño Invierno Primavera Ver ano Fecha aplicación: _____

Actualmente matriculado: Sí No Fecha de notificación de no-selección: _____

Curso completado: Sí No

Se Retiró/Abandonó: _____

3) **Lugar(es) donde ocurrió el incidente:** *Marque la(s) Casilla(s) Apropiaada(s)*

City College Harbor College Mission College Pierce College Southwest College Otro: _____
 Trade Tech Valley College East College West College ESC-Oficina del Distrito

4) **Identificar a cada persona o institución quien usted alega que lo discriminó:**

Nombre: _____ Nombre: _____

Cargo: _____ Cargo: _____

Departamento/Oficina: _____ Departamento/Oficina: _____

Universidad: _____ Universidad: _____

Teléfono: _____ Email: _____ # Teléfono: _____ Email: _____

5) Primera fecha de presunta discriminación: _____

Fecha de la más reciente presunta discriminación: _____

Las denuncias que aleguen discriminación en el lugar de trabajo y/o Conducta Sexual Inapropiada, deben presentarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha de ocurrencia de la más reciente discriminación ilícita alegada. Cualquier otra denuncia, debe presentarse dentro del período de *un año* siguiente a la fecha de la ocurrencia de la discriminación ilegal más reciente.

Categorías de Discriminación

He experimentado discriminación basada en la forma de: *Marque la(s) Casilla(s) que Corresponda(n)* ([Definitions can be found in Admin. Reg. C-14](#))

- Discapacidad Mental Discapacidad Física Condición Médica (Incl. cáncer & condiciones relacionadas/características genéticas)
- Sexo/Género Identidad de Género Expresión de Género Embarazo/parto/lactancia/condiciones médicas relacionadas
- Conducta Sexual Indebida Acoso Sexual Agresión Sexual Violencia en cita Violencia de pareja Acoso
- Orientación Sexual Religión (Incl. ropa religiosa/prácticas de aseo personal/observancias) Edad (mayor de 40)
- Raza Color Nacionalidad de Origen Identificación de Grupo Étnico Ascendencia Represalia Alojamientos
- Percepción de pertenecer a una categoría protegida o asociado con un miembro de una clase protegida Otro: _____

Detalles

Explique cómo usted cree que fue discriminado. **Proporcione detalles**, incluyendo quién/qué/cuándo/dónde/cómo.

**Agregue hojas adicionales, si es necesario.*

Adjunte documentos en su poder relacionados y cualquier otra información pertinente a su denuncia.

¿Qué medida(s) correctiva(s) propone?

Testigos

Proporcione la información de contacto de todas las personas con conocimiento directo sobre su(s) alegación(es).

Persona 1: Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Depto./Unidad# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular #: _____ Casa/Oficina #: _____ Email: _____

¿Qué información proporcionará esta persona acerca de su denuncia?

Persona 2: Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Depto./Unidad# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular #: _____ Casa/Oficina #: _____ Email: _____

¿Qué información proporcionará esta persona acerca de su denuncia?

Persona 3: Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Depto./Unidad# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular #: _____ Casa/Oficina #: _____ Email: _____

¿Qué información proporcionará esta persona acerca de su denuncia?

Persona 4: Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Depto./Unidad# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular #: _____ Casa/Oficina #: _____ Email: _____

¿Qué información proporcionará esta persona acerca de su denuncia?

Certificación

Certifico que la información y las alegaciones descritas en este formulario de denuncia son verdaderas y correctas en su totalidad de acuerdo a mi conocimiento.

Nombre Impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre, Apellido

Si está completando este formulario en línea, deberá crear una firma digital siguiendo los pasos indicados.

El Formulario de Denuncia completado, puede enviarlo por correo, directamente por mano, o por fax a:

Los Angeles Community College District

Attention: Office for Diversity, Equity, and Inclusion

770 Wilshire Blvd., 2nd Floor

Los Angeles, CA 90017

Fax: 213 891-2295

También puede imprimir, firmar, poner la fecha, y enviar por email el formulario y los documentos a

Diversity-Programs@email.laccd.edu

También puede presentar su denuncia con la Oficina del Canciller del Estado a:

Chancellor's Office, California Community Colleges

1120 Q Street

Sacramento, CA 95814-6511

Attention: Legal Affairs Division

Enviar Formulario

**Imprimir
formulario**

Borrar Formulario