

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE JARRELL

NIVEL II _____ **o** **NIVEL III** _____ (**Marque uno**)

NOTA: SE DEBE COMPLETAR LA FORMA DEL PRIMER NIVEL PRIMERO

Marque una: <input type="checkbox"/> Queja de Padre/Alumno (FNG) <input type="checkbox"/> Queja del Trabajador (DGBA) <input type="checkbox"/> Queja Publica (GF) Pólizas disponibles en línea en www.jarrellisd.org ; después oprima Our Board.
--

FOR OFFICE USE ONLY Date received by district _____ Received by _____ Copies to _____ Conference to be held by _____

Favor de Imprimir (letra en molde)

1. Nombre _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de Teléfono: _____

2. Escuela/Departamento _____

Si trabajador, su posición: _____

3. Describa su objeción a la decisión a la cual esta apelando. Sea específico. Incluya una copia de las peticiones y respuesta a niveles bajos.

4. Si usted será representado en su presentación, favor de identificar a ese individuo u organización.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

5. Firma: _____ Fecha _____