



Sioux City Community School District Discrimination/Bullying/Harassment/Hazing Complaint Form Board Policy 504.4-E/103-E

Date of Complaint: _____ Name of Complainant: _____

Name of Target: _____

Building: _____ Grade (if applicable): _____

The complainant is a: Student Parent Employee Volunteer Vendor

Date(s) of alleged discrimination, bullying, harassment, or hazing:

Nature of alleged discrimination, bullying, harassment or hazing (check all that apply):

| | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Age | <input type="checkbox"/> | Marital Status | <input type="checkbox"/> | Religion |
| <input type="checkbox"/> | Ancestry | <input type="checkbox"/> | National Origin/Ethnicity | <input type="checkbox"/> | Sex* |
| <input type="checkbox"/> | Color | <input type="checkbox"/> | Physical Attributes | <input type="checkbox"/> | Sexual Orientation* |
| <input type="checkbox"/> | Creed | <input type="checkbox"/> | Physical/Mental Abilities | <input type="checkbox"/> | Socioeconomic Status |
| <input type="checkbox"/> | Disability | <input type="checkbox"/> | Political Belief | <input type="checkbox"/> | Veteran Status |
| <input type="checkbox"/> | Familial Status | <input type="checkbox"/> | Political Party Preference | <input type="checkbox"/> | Other (please specify) |
| <input type="checkbox"/> | Gender Identity* | <input type="checkbox"/> | Race | <input type="checkbox"/> | |

*The Title IX Coordinator must be notified immediately of any complaints involving sex, sexual orientation, or gender identity to determine whether to process the complaint as a Title IX sexual harassment complaint under AR 103(a).

Person(s) alleged to have committed the discrimination, bullying, harassment, or hazing: _____

Location of Incident: _____

Names of any Witnesses: _____

Have you reported this to anyone else? Yes No. If so, who? _____

Describe any remedies taken thus far: _____

Summarize the incident(s) or occurrence(s) as accurately as possible. Use backside of the form or attach additional sheets, if necessary.

I agree that all of the information on this form is accurate and true to the best of my knowledge.

Signature of Person Completing Form: _____

Revised August 2020

NON-DISCRIMINATION STATEMENT

The Sioux City Community School District offers career and technical programs in the following areas: Business & Marketing, Family & Consumer Science, Health Science, and Industrial Arts, Technology, & PLTW. The Sioux City Community School District is an equal opportunity/affirmative action employer and does not discriminate on the basis of race, creed, color, sex, sexual orientation, gender identity, genetic information (for employment), national origin, religion, age (for employment), disability, socioeconomic status (for programs), marital status (for programs), or veteran status (for employment) in its educational programs and its employment practices. The District is required by Title IX and 34 CFR Part 106 not to discriminate on the basis of sex in its programs, activities, or employment. Inquiries or grievances under Section 504 and Title II of the Americans with Disabilities Act may be directed to Jen Gomez, Director of Student Services & Equity Education/Title IX Coordinator at 627 4th Street, Sioux City, IA 51101, (712) 279-6075, gomezj2@live.siouxcityschools.com. Inquiries about the application of Title IX and its regulations to the District may be referred to the Title IX Coordinator, the Assistant Secretary of the U.S. Department of Education, or both. Please see District Board policies 103 and 504.4 for additional information on available grievance procedures.



Sioux City Community School District

Discriminación / Bullying / Acoso / Novatadas

Formulario de Queja Política de la Mesa 504.4-E/103-E

Fecha de la Queja: _____ Nombre del Querellante: _____

Nombre del Blanco: _____

Edificio: _____ Grado (si aplica): _____

El testigo es: Estudiante Padre Empleado Voluntario Vendedor

Fecha(s) de presunta discriminación, bullying, acoso, o novatada:

Naturaleza de presunta discriminación, bullying, acoso, o novatada (marque todas que apliquen):

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Edad | <input type="checkbox"/> | Estado Civil | <input type="checkbox"/> | Religión |
| <input type="checkbox"/> | Ascendencia | <input type="checkbox"/> | Origen Nacional/Etnicidad | <input type="checkbox"/> | Sexo * |
| <input type="checkbox"/> | Color | <input type="checkbox"/> | Atributos Físicos | <input type="checkbox"/> | Orientación Sexual * |
| <input type="checkbox"/> | Credo | <input type="checkbox"/> | Capacidad Física/Mental | <input type="checkbox"/> | Estado Socio-Económico |
| <input type="checkbox"/> | Discapacidad | <input type="checkbox"/> | Creencias Políticas | <input type="checkbox"/> | Estado de Veterano |
| <input type="checkbox"/> | Estado Familiar | <input type="checkbox"/> | Preferencia de Partido Político | <input type="checkbox"/> | Otro (especifique) |
| <input type="checkbox"/> | Identidad de Género * | <input type="checkbox"/> | Raza | <input type="checkbox"/> | |

*El Coordinador del Título IX debe ser notificado de inmediato de cualquier queja relacionada con el sexo, la orientación sexual o la identidad de género para determinar si se procesa la queja como una queja de acoso sexual del Título IX bajo AR 103 (a).

Presunta(s) persona(s) que ha(n) cometido la discriminación, bullying, acoso, o novatada: _____

Ubicación del Incidente: _____

Nombre(s) de Testigo(s): _____

¿Ha reportado esto a otra persona? Sí No. Si es que sí, ¿a quién? _____

Describe cualquier remedio tomado hasta ahora: _____

Haga un resumen del incidente(s) con la mayor precisión posible. Use el otro lado del formulario, u otras hojas adicionales, si es necesario.

Estoy de acuerdo en que toda la información en este formulario es precisa y verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de la Persona que Completó el Formulario:

Revisado agosto 2020

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINAR

El Distrito Escolar de la Comunidad de Sioux City ofrece programas profesionales y técnicos en las áreas siguientes: Negocios y Mercadotecnia; Ciencias de la Familia y del Consumidor, Ciencias de la Salud; y Artes Industriales, Tecnología; y PLTW (Proyecto Vanguardia). El Distrito Escolar de la Comunidad de Sioux City es un empleador de igualdad de oportunidades/acción afirmativa y no discrimina por motivos de raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, información genética (para empleo), origen nacional, religión, edad (para empleo), discapacidad, condición socioeconómica (para programas), estado civil (para programas), o estatus de veterano (para empleo) en sus programas educativos o práctica de empleo. Se requiere por el Título IX y 43 CFR Parte 106 que el Distrito no discrimine por motivo de sexo en sus programas, actividades, o empleo. Las preguntas o quejas bajo la Sección 504 y Título II de la Ley de Americanos con Discapacidades pueden ser dirigidas a Jen Gomez, Directora de Servicios Estudiantiles y Educación de Igualdad en 627 4th Street, Sioux City, IA 51101, (712) 279-6075, gomezj2@live.siouxcityschools.com. Las preguntas sobre la aplicación del Título IX y sus reglamentos al Distrito pueden ser dirigidas al Coordinador del Título IX, el Secretario Asistente del Departamento de Educación de los EE.UU., o a ambos. Por favor, vea las políticas 103 y 504.4 del Consejo Escolar para información adicional acerca de los procedimientos disponibles de las quejas.