



Distrito Escolar de Mount Vernon n.º 320

FORMULARIO DE RECLAMO DE AGRAVIO

RCW 4.96.020

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE AGRAVIOS ESTÁNDAR

1. Completar el Formulario de Reclamación de Agravios Adjunto:
 - **Agente a recibir el reclamo:** Dr. Ismael Vivanco, Superintendente de Escuelas
 - **Localización de oficina:** 124 E. Lawrence Street Mount Vernon, WA 98273
 - **Dirección de correo:** (misma de arriba)
 - **Horarios de trabajo:** Lunes-Viernes de 8:00 am-5:00 pm (cerrado los fines de semana y vacaciones escolares oficiales)

2. El Formulario de Reclamación de Agravio debe escribirse o imprimirse claramente con tinta.

3. Proporcione toda la información solicitada y cualquier document disponible que respalde su reclamo.

4. Si la información solicitada no se puede proporcionar en el espacio provisto, utilice hojas en blanco adicionales para que su reclamo se pueda leer y comprender fácilmente.

5. Firmado por una parte autorizada.

6. Presente el Formulario de Reclamacion de Agravios debidamente completado y firmado de una de las siguientes maneras:
 - Entrega personal al agente registrado o persona autorizada en la oficina durante el horario comercial anterior.
 - Entregar por correo certificado al agente registrado.
 - Entregar por correo certificado (con recibo de entrega) al agente registrado.



Mount
Vernon
Schools

Distrito Escolar de Mount Vernon n.º 320

FORMULARIO DE RECLAMO DE AGRAVIO

RCW 4.96.020

De conformidad con el Capítulo 4.96.020 RCW, este formulario es para someter un reclamo de agravio en contra de el Distrito Escolar de Mount Vernon (Distrito). La información requerida en el formulario es requerida por RCW 4.96.020 y puede ser revelada públicamente. Cualquier persona que desea someter un reclamo de agravio con el Distrito debe llenar esta forma correctamente y completamente y presentar la forma en persona o por correspondencia a la **Oficina del Superintendente** del Distrito Escolar de Mount Vernon en la dirección proporcionada abajo durante los días y horarios de negocios de 8:00 am y 5:00 pm.

Envíe o entregue el reclamo original a: Ismael Vivanco, Superintendente Mount Vernon School District No. 320 124 East Lawrence Street Mount Vernon, WA 98273	<i>Para uso exclusivo del distrito escolar</i> Fecha de recibo:
---	--

INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

1. **Nombre del Demandante:** _____

2. **Fecha de nacimiento del Demandante (mm/dd/aaaa):** _____

3. **Dirección Actual del Demandante:**

4. **Dirección de correspondencia del Demandante (si diferente):**

5. **Dirección residencial del Demandante en el momento del incidente (si es diferente de la dirección actual):**

6. **Número de teléfono durante el día del Demandante:**

Casa	Numero de Celular o Negocio
------	-----------------------------

7. **Correo electrónico del Demandante:** _____

INFORMACION DEL INCIDENTE

8. **Indique la cantidad de daños reclamados contra el Distrito como resultado del incidente:**

\$ _____

9. **Fecha del incidente:** _____ **Hora:** _____

10. **Lugar del incidente:** _____

11. **Si el incidente ocurrió en una carretera:**

Nombre de calle/carretera	Calle crusante
---------------------------	----------------

12. **Nombres, direcciones, y números de teléfono de todas las personas involucradas en este incidente o que son testigos de este incidente:**

(Escriba los nombres adicionales de los testigos y su información de contacto, si corresponde, en una página separada y adjunte la página.)

13. Nombres, direcciones, y números de teléfono de todos los empleados del Distrito que sepan sobre el incidente:

(Escriba los nombres adicionales de los empleados del Distrito y su información de contacto, si corresponde, en una página separada y adjunte la página.)

14. Describa la lesión o daño que resultó del incidente. Explique el alcance de pérdida de propiedad o lesiones médicas, físicas o mentales.

(Escriba la información adicional, si corresponde, en una página separada y adjunte la página.)

15. ¿Cuál es la base para hacer este reclamo contra el Distrito? Por favor proporcione detalles específicos con respecto a la conducta y las circunstancias que usted cree que el Distrito o sus empleados involucrados en eso le causaron su lesión o daño. (Dicha información también se puede proporcionar en páginas separadas y se adjunta a esta.)

Abogado

16. Información de contacto del abogado si un abogado lo representa en este asunto:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

17. Adjunte documentos que respaldan las alegaciones de la reclamación.

Firma y Verificacion

Este formulario de reclamo debe ser firmado por el Demandante, una persona que tiene un poder escrito del Demandante, por el abogado de hecho para el Demandante, por un abogado admitido para ejercer en el Estado de Washington en nombre del Demandante, o por un tutor aprobado por el tribunal o un tutor ad litem en nombre del Demandante.

Declaro bajo pena de perjurio de las leyes del Estado de Washington que la información anterior es verdadera y correcta.

FECHA: _____, _____ **en** _____, **Washington.**

Firma del Demandante (se requiere firma real, no electrónica.)

O

Firma del Representante (ser requiere firma real, no electrónica.)

Nombre escrito de la persona firmando