



Post Office Drawer 309  
Beaufort, South Carolina 29901-0309

**Forma de Presentación de Quejas de Sección 504**

Si desea impugnar la actuación del equipo educativo del distrito en relación a la Sección 504 en cuanto a la identificación de su hijo , la evaluación o colocación educativa , esta forma sirve como una queja por escrito que se presentará al Oficial de Cumplimiento de la Sección 504 .

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Naturaleza de su queja. (Por favor describa la política o acción que cree que puede estar en violación de la Sección 504. Tenga también a identificar a cualquier persona (s) que cree que puede ser el responsable.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proporcione por favor su remedio propuesto para esta supuesta violación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del partido duelo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que recibe el agravio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Fecha Lugar

Este formulario deberá enviarse en un plazo de 10 días de la fecha de la violación supuesta de las garantías procesales a:

Dr. Juliet V. White, Directora de Educación Especial y al Oficial de Cumplimiento de la Sección 504  
Teléfono: 843-322-5419  
Distrito Escolar del Condado de Beaufort  
PO Drawer 309



Beaufort, South Carolina 29901-0309