



**Formulario sobre Intimidación y Acoso
Del Distrito Escolar del Condado de Okeechobee**

Solamente para Uso Oficial

- Fundado
 Infundado

Este formulario debe utilizarse para reportar incidentes de acoso y hostigamiento, según se define en el Código de la Junta Escolar 5.321. Cualquier estudiante/adulto, puede reportar incidente de intimidación o acoso, ya sea hablando con personal administrativo o completando este formulario. Este formulario también puede utilizarse para dar información anónimamente.

Nombre de la Persona que Completó este Reporte (Opcional)	Masculino/Femenino	Grado
Nombre de la Victima	Masculino/Femenino	Grado
Nombre del/la Supuesto Agresor/a	Masculino/Femenino	Grado
Escuela	Fecha en que se hizo este reporte / /	
Director/a/Administrador/a	Fecha & Hora del Incidente / / :__	

¿Donde sucedió el incidente? (Marque todo lo que aplica):

- En Propiedad Escolar Actividad auspiciada por la escuela En la computadora Fuera de la escuela
 En el bus En la parada del bus Otro _____

Testigo	Masculino/Femenino	Grado
Testigo	Masculino/Femenino	Grado

Describe el Incidente: (¿Que hizo o dijo el/la supuesto/a agresor/a?)

¿Hay algún tipo de evidencia y/o documentación pertinente a este caso (ej: notas escritas, correos electrónicos, mensajes de texto, fotos) Por favor, adjúntel

Firma de el/la estudiante/adulto que llenó este formulario (opcional): _____

Al completar este formulario, usted está verificando que sus declaraciones son exactas y verdaderas, según su conocimiento. Si usted teme que un estudiante/adulto está en peligro, por favor contáctele inmediatamente, a un adulto o un representante de la ley.

Solamente para Uso Oficial

Fecha Recibida / /	Notificación a los Padres de la Victima Antes: / / :__ Después: / / :__	¿Hubo agresión, física, verbal or social? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ¿Hubo presión/predominio? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Fecha que comenzó la investigación / /	Notificación a los Padres del/la Perpetrador/a Before: / / :__ After: / / :__	¿Este incidente fue persistente, crónico o repetido? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no ¿Esta conducta puede interferir con el desempeño educativo, oportunidades o creencias religiosas de la victima ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Resultado: <input type="checkbox"/> Acción Disciplinaria <input type="checkbox"/> Referido al SBIT <input type="checkbox"/> Referido a Representantes de la Ley		