

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Reclamo Administrativo**

**Office of Employee Engagement and Labor Relations**  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
850 Hungerford Drive, Room 55, Rockville, Maryland 20850

**INSTRUCCIONES:** Por favor escriba en letra de imprenta/molde o use un teclado. Para obtener información adicional, definiciones, procedimientos, derechos de los empleados y plazos para este proceso de reclamo administrativo, consulte el [Reglamento GKA-RA de MCPS](#), [Reclamo Administrativo](#). Comuníquese con la Oficina de Participación de los Empleados y Relaciones Laborales (Office of Employment Engagement and Labor Relations), llamando al 240-740-2888, para obtener el Número de Registro.

**Debe ser completada por el empleado (reclamante)**

Número de registro \_\_\_\_\_ Nombre del empleado (reclamante) \_\_\_\_\_

Domicilio del empleado \_\_\_\_\_

Correo electrónico del empleado \_\_\_\_\_

Fecha de la presunta violación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. de empleado \_\_\_\_\_

Reglamento administrativo violado \_\_\_\_\_

Descripción \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resarcimiento solicitado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del reclamante

Lugar de trabajo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha**NIVEL UNO: DISPOSICIÓN ADMINISTRATIVA—Debe ser completada por el director de la escuela o el supervisor inmediato**Fecha de recibo \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_  Concedida  Denegada Si es denegada, explique el motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del director de la escuela o del supervisor Inmediato

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Respuesta recibida por el reclamante \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Copias distribuidas a las partes interesadas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha

Iniciales

Fecha

**NIVEL DOS: DISPOSICIÓN ADMINISTRATIVA—Debe ser completada por el superintendente de escuelas/su designado**Fecha de recibo \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_  Concedida  Denegada Si es denegada, explique el motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reunión con el reclamante programada para el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del superintendente asociado/director de departamento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Respuesta recibida por el reclamante \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Copias distribuidas a las partes interesadas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha

Iniciales

Fecha

**NIVEL TRES: DISPOSICIÓN ADMINISTRATIVA—Debe ser completada por el superintendente de escuelas/su designado**Fecha de recibo \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_  Concedida  Denegada Si es denegada, explique el motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reunión con el reclamante programada para el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del superintendente asociado/director de departamento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Respuesta recibida por el reclamante \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Copias distribuidas a las partes interesadas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha

Iniciales

Fecha