

## Reclamação Administrativa

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

**INSTRUÇÕES:** Escreva em letra de fôrma ou digite. Para obter informações adicionais, definições, procedimentos, direitos do funcionário e prazos para este processo de reclamação administrativa, consulte o [Regulamento GKA-RA de MCPS, Reclamação Administrativa](#). Entre em contato com o Escritório de Engajamento de Funcionários e Relações Trabalhistas (Office of Employee Engagement and Labor Relations), pelo telefone 240-740-2888, para obter o Número de Registro.

### A ser preenchido pelo Funcionário (Reclamante)

Número de Registro \_\_\_\_\_ Nome do Funcionário (Reclamante) \_\_\_\_\_  
 Endereço do Funcionário \_\_\_\_\_  
 E-mail do Funcionário \_\_\_\_\_  
 Data da violação alegada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. de ID do Funcionário \_\_\_\_\_  
 Regulamento administrativo violado \_\_\_\_\_  
 Descrição \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Resolução solicitada \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Assinatura, Reclamante* *Local de Trabalho* *Data*

### NÍVEL UM: DISPOSIÇÃO ADMINISTRATIVA - A ser preenchida pelo diretor ou supervisor imediato

Data do recebimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rubrica \_\_\_\_\_  Concedido  Negado Se negado, explique o motivo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Assinatura, Diretor/Supervisor Imediato* *Data*  
 Resposta recebida pelo reclamante \_\_\_\_\_ *Data* \_\_\_\_\_ *Rubrica* Cópias distribuídas às partes interessadas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Data*

### NÍVEL DOIS: DISPOSIÇÃO ADMINISTRATIVA - A ser preenchida pelo vice-superintendente/diretor do departamento

Data do recebimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rubrica \_\_\_\_\_  Concedido  Negado Se negado, explique o motivo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Reunião com o reclamante agendada para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Assinatura, Vice-Superintendente/Diretor do Departamento* *Data*  
 Resposta recebida pelo reclamante \_\_\_\_\_ *Data* \_\_\_\_\_ *Rubrica* Cópias distribuídas às partes interessadas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Data*

### NÍVEL TRÊS: DISPOSIÇÃO ADMINISTRATIVA - A ser preenchida pelo superintendente escolar/representante

Data do recebimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Rubrica \_\_\_\_\_  Concedido  Negado Se negado, explique o motivo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Reunião com o reclamante agendada para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Assinatura, Superintendente Escolar/Representante* *Data*  
 Resposta recebida pelo reclamante \_\_\_\_\_ *Data* \_\_\_\_\_ *Rubrica* Cópias distribuídas às partes interessadas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Data*