



# Solicitud de transferencia dentro del Distrito 155

## Política de la Junta 7:30

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:	NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	FECHA DE SOLICITUD:		
SOLICITUD PARA EL AÑO ESCOLAR:	ESCUELA ASIGNADA:	SOLICITUD DE TRANSFERENCIA A:		
GRADO ACADÉMICO ACTUAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	SOLICITUD PARA GRADO ACADÉMICO:		
APELLIDO DEL PADRE/TUTOR:	NOMBRE:	CONTACTO TELEFÓNICO DURANTE EL DÍA:		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	DIRECCIÓN POSTAL:	CIUDAD/CÓDIGO POSTAL:		
<p>INDIQUE TODOS LOS SERVICIOS, PROGRAMAS o CIRCUNSTANCIAS QUE ACTUALMENTE SE APLICAN AL ESTUDIANTE:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene un Plan Individual de Educación (<i>Individual Education Plan, IEP</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> Es estudiante de inglés (<i>English Learner Language, ELL</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> El problema familiar es el motivo de la solicitud</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (explique)</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene un Plan de Educación 504</li> <li><input type="checkbox"/> Ha recibido orientación psicopedagógica del personal de la escuela</li> <li><input type="checkbox"/> El estudiante recibe orientación psicopedagógica o tratamiento médico fuera del entorno escolar (a través de un terapeuta o médico certificado)</li> </ul> </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene un Plan Individual de Educación (<i>Individual Education Plan, IEP</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> Es estudiante de inglés (<i>English Learner Language, ELL</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> El problema familiar es el motivo de la solicitud</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (explique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene un Plan de Educación 504</li> <li><input type="checkbox"/> Ha recibido orientación psicopedagógica del personal de la escuela</li> <li><input type="checkbox"/> El estudiante recibe orientación psicopedagógica o tratamiento médico fuera del entorno escolar (a través de un terapeuta o médico certificado)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene un Plan Individual de Educación (<i>Individual Education Plan, IEP</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> Es estudiante de inglés (<i>English Learner Language, ELL</i>)</li> <li><input type="checkbox"/> El problema familiar es el motivo de la solicitud</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (explique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tiene un Plan de Educación 504</li> <li><input type="checkbox"/> Ha recibido orientación psicopedagógica del personal de la escuela</li> <li><input type="checkbox"/> El estudiante recibe orientación psicopedagógica o tratamiento médico fuera del entorno escolar (a través de un terapeuta o médico certificado)</li> </ul>			
<p>DESCRIBA LOS PUNTOS QUE MARCÓ ARRIBA: INCLUYA LAS FECHAS DE INICIO/FINAL DE CADA SERVICIO, PROGRAMA O CIRCUNSTANCIA SI CORRESPONDE:  <b>(Adjunte la documentación de respaldo. Su firma debajo sirve como autorización para compartir información médica. Se pueden solicitar más comprobantes).</b></p>				
MÉTODO DE TRASLADO PROPUESTO A LA ESCUELA DE DESTINO:	MÉTODO DE TRASLADO ACTUAL A LA ESCUELA DE ORIGEN:			
<p>MOTIVO DE LA SOLICITUD:</p> <p style="text-align: center;"><b>(Adjunte las páginas adicionales y la documentación de respaldo)</b></p>				

El hecho de completar la solicitud de transferencia dentro del distrito no garantiza que se otorgará tal transferencia ni tampoco significa que se otorgará a la escuela solicitada. La solicitud será revisada por el Comité de Transferencias Dentro del Distrito cuya decisión será compartida con el(los) padre(s)/tutor(es).

He leído el documento "Proceso y procedimientos de transferencia dentro del Distrito 155" y entiendo toda la información con respecto a esta solicitud. Certifico que la información proporcionada es precisa y entiendo que el Comité de Revisión de Transferencias Dentro del Distrito la compartirá y analizará y luego tomará una decisión con respecto al pedido de transferencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La solicitud debe entregarse en la Oficina del Asistente del Superintendente de Servicios Educativos:  
Center for Education, One South Virginia Road, Crystal Lake, IL 60014**

REVISIÓN: abril de 2019