

District Use Only
Number



Newark Unified School District
Intra-District Transfer

District Use Only
Time and Date received

VIRTUAL SCHOOL
TRANSFER REQUEST FORM
School Year 2021- 2022

Student's Name: _____ Student ID: _____
Date of Birth: _____ Age: _____ Current Grade: _____
Parent/Guardian Name: _____
Address: _____
Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____
E-Mail Address: _____
CURRENT SCHOOL: _____

What Special Services is the student receiving? (Circle the program that applies)

SPECIAL ED: No/Yes (RSP / SDC/ Speech / 504/ Pending Assessment) Health Plan No/Yes Medically Fragile No/Yes

* All change of placement requests for Special Education Students must go through the IEP process before decisions can be made.

DESIRED SCHOOL	CROSSROADS VIRTUAL INDEPENDENT STUDY ACADEMY
-----------------------	---

Placement Decision is based on available seats at the requested grade and school.

INTRA (*Voluntary Request* for Change of School Attendance)

Sibling Name	Sibling School	Sibling Grade	Office Use Only
		<u>Grade Next Year:</u>	<input type="checkbox"/>
		<u>Grade Next Year:</u>	<input type="checkbox"/>
		<u>Grade Next Year:</u>	<input type="checkbox"/>

Willing to have students attend separate schools: Yes No P/G Initials: _____

Reason(s) for placement Request: (If this is in regards to SB X5 4 please attach the letter you are responding to with this request.)

By signing below, I understand and acknowledge the following:

- *This Intra-District Transfer Request for my student to attend Virtual School is for one (1) school year only.*
- *I understand and acknowledge that my student's resident status at their home school will be terminated and if I later decide to return to the home school, my student will be admitted as a new student based on space availability. If space is not available, I understand my student will be assigned to another school.*
- *I am responsible for providing any necessary transportation for my student to attend this program. Technology required to participate will be provided upon request.*
- *If students wish to transfer back to in-person instruction mid-year, applications will be reviewed periodically throughout the year (e.g. at the end of each semester [secondary], each trimester [elementary], or within 5 school days upon request.*

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Special Education Use: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	District Use:
IEP Date: _____	Placement: _____ Date of transfer _____
Signature: _____	Received By: _____
Comments:	

Distribution: **Original** to Student Services; **COPY** to Parent

AFTER ACTION: Upload to Synergy

**Please return this form to Nicole Lemas @nlemas@newarkunified.org
OR the District Office at 5715 Musick Ave.**

District Use Only
Number



Distrito Escolar Unificado de Newark

Transferencia dentro del Distrito

District Use Only
Time and Date received

ESCUELA VIRTUAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA

Año escolar 2021- 2022

Nombre de Estudiante: _____ ID estudiantil _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado Actual: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____ Tel de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

ESCUELA DEL VECINDARIO: _____

¿Qué servicios especiales recibe el estudiante? (Marque con un círculo el programa que corresponda)

EDUCACIÓN ESPECIAL: No/ Sí (RSP / SDC / Habla / 504 / Evaluación pendiente) Plan de salud No/ Sí Médicamente frágil No/Sí

* Todo pedido de cambio de colocación para Estudiantes de Educación Especial debe pasar por el proceso de IEP antes de que se tome una decisión.

ESCUELA DESEADA

CROSSROADS VIRTUAL INDEPENDENT STUDY ACADEMY

Decisión para colocación se basa en los sitios disponibles en el grado y la escuela seleccionados

INTRA (Pedido Voluntario) De Cambio de Escuela de asistencia)

Nombre de hermanos	Escuela de hermanos	Grado de hermanos	Office Use Only
		<u>Grado el próximo año:</u>	<input type="checkbox"/>
		<u>Grado el próximo año:</u>	<input type="checkbox"/>
		<u>Grado el próximo año:</u>	<input type="checkbox"/>

Dispuesto a tener a los hijos en escuelas diferentes: Sí No Iniciales de Padre/Tutor: _____

Motivo(s) del pedido de colocación: (Si esto es en lo que respecta a SB X5 4 adjunte la carta que usted está respondiendo a esta petición)

Al firmar a continuación, entiendo y reconozco lo siguiente:

- Esta Solicitud de transferencia dentro del distrito para que mi estudiante asista a la Escuela Virtual es solo por un (1) año escolar.
- Entiendo y reconozco que el estatus de residente de mi estudiante en su escuela de origen se cancelará y si luego decido regresar a la escuela de origen, mi estudiante será admitido como un nuevo estudiante según la disponibilidad de espacio. Si no hay espacio disponible, entiendo que mi estudiante será asignado a otra escuela.
- Soy responsable de proporcionar el transporte necesario para que mi estudiante asista a este programa. La tecnología necesaria para participar se proporcionará a pedido..
- Si los estudiantes desean volver a la instrucción en persona a mitad de año, las solicitudes se revisarán periódicamente durante el año (por ejemplo, al final de cada semestre [secundaria], cada trimestre [primaria], con flexibilidad dadas las circunstancias atenuantes.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Special Education Use: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	District Use:
IEP Date: _____	Placement: _____ Date of Transfer: _____
Signature: _____	Received By: _____
Comments:	

Distribution: **Original** to Student Services; **COPY** to Parent **AFTER ACTION:** Upload to Synergy
Por favor devuelva este formulario a Nicole Lemas @nlemas@newarkunified.org
O a la Oficina del Distrito en 5715 Musick Ave.