

District Use Only
Application
Number



Newark Unified School District
Intra-District Transfer

District Use Only

Elementary Transfer
Request

School Year 20____ - 20_____

Student's Name: _____ Student ID: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Current Grade: _____ Next Grade: _____

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

E-Mail Address: _____

NEIGHBORHOOD SCHOOL: _____ CURRENT SCHOOL: _____

What Special Services is the student receiving? (Check all that apply)

- 504 Plan
- Special Day (SDC)*
- Resource (RSP)*
- Speech (SLI)*
- Pending Assessment*

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

DESIRED SCHOOL	
-----------------------	--

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

INTRA (Voluntary Request
for Change of School Attendance)

OVERFLOW (Involuntary Assignment
valid for current year only)

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.)

I hereby understand that upon approval of an Elementary Transfer Request, my child is deemed to be resident of approved school placement and shall be valid through 5th grade; no need to reapply. My child may not transfer back without approval of new request. Students on wait list must make new request annually.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

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

Distribution: **Original** to Student Services; **COPY** to Parent **AFTER ACTION:** Upload to Synergy

Forms can be submitted to Nicole Lemas at nlemas@newarkunified.org or at the district office at 5715 Musick Ave.

District Use Only
Application
Number



Distrito Escolar Unificado de Newark
Transferencia dentro del Distrito (*Intradistrict*)

District Use Only

**Solicitud de transferencia
de primaria**

Año escolar 20 _____ - 20 _____

Nombre de Estudiante: _____ ID estudiantil _____

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

Nombre de Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

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

Dirección de correo electrónico: _____

ESCUELA DEL VECINDARIO: _____ **ESCUELA ACTUAL:** _____

¿Qué servicios especiales recibe el estudiante? (*Marcar todos los que apliquen*)

- Plan 504
- Special Day (SDC)*
- Recursos (RSP)*
- Discurso (SLI)*
- Evaluación pendiente*

*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	
------------------------	--

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)

OVERFLOW (*Designación involuntaria*)
(Válida solo durante el año actual)

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)

Por la presente entiendo que una vez que se apruebe una Solicitud de transferencia de primaria, se considera que mi hijo es residente de una ubicación escolar aprobada y será válido hasta el quinto grado; no hay necesidad de volver a aplicar. Mi hijo no puede volver a transferirse sin la aprobación de una nueva solicitud. Los estudiantes en lista de espera deben hacer una nueva solicitud anualmente.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

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

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

AFTER ACTION: Upload to Synergy