



Newark Unified School District
Intra-District Transfer

District Use Only
Time and Date received

VIRTUAL SCHOOL
TRANSFER REQUEST FORM
School Year 2023- 2024

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"/> |

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.**



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 2023- 2024

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 Medicamento 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"/> |

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@newarkunfied.org
O a la Oficina del Distrito en 5715 Musick Ave.