



Distrito Escolar North Thurston

Departamento de Evaluación, 305 College St NE, Lacey WA 98516

Tel 360-412-4497 Fax 360-412-4555 Email assessment@nthurston.k12.wa.us

Programa de Alta Capacidad Formulario de apelación de identificación de alta capacidad

Nombre del estudiante: _____

Grado actual: _____

Escuela actual: _____

Fecha del examen: _____

Nombre del padre/tutor que solicita apelación de identificación de alta capacidad:

Domicilio:

Calle

Ciudad, Estado

Código postal

Tel: Casa _____ Móvil _____ Alternativo _____

Correo electrónico: _____

Las decisiones de ubicación en el programa no están sujetas a apelación. Las apelaciones a identificación de alta capacidad se pueden presentar en base a uno de los siguientes criterios (*indicar uno o ambos*):

- Una condición o circunstancia que se crea haya motivado un error de interpretación de los resultados del examen.
- Una aplicación injusta del proceso de identificación.

Todas las apelaciones deben remitirse por escrito dentro de los quince (15) días de la fecha de la carta original de decisión, e incluirán razones que apoyen el hecho de que una o ambas de las condiciones antes mencionadas se hayan cumplido. Las apelaciones son revisadas por el delegado del superintendente en consulta con el Director Ejecutivo de evaluaciones, investigación y responsabilidad. El propósito de la apelación es considerar circunstancias individuales basadas en uno o ambos de los criterios antes descritos, que puedan haber afectado los datos de evaluación del estudiante. La meta de las Distrito Escolar North Thurston es brindar a todos nuestros estudiantes servicios académicos adecuados.

Las conclusiones se informan en una carta a los padres/tutores antes de los 15 días de recibida la apelación. Las conclusiones se consideran definitivas y no están sujetas a apelaciones subsiguientes.

En el espacio al pie, por favor brinde detalles de las circunstancias que derivan en esta solicitud. También se puede adjuntar documentación relevante a la apelación. Si no se brindan detalles o documentación, no se procesará la apelación. No es necesario reenviar elementos que ya hayan sido presentados como parte de la solicitud original.

Firma: _____ Fecha: _____

Enviar a: Distrito Escolar North Thurston Departamento de Evaluación 305 College St NE Lacey, WA 98516 assessment@nthurston.k12.wa.us	Date Received (para uso exclusivo de la oficina):
Appeal Decision (para uso exclusivo de la oficina): <input type="checkbox"/> Appeal Granted <input type="checkbox"/> Appeal Denied Date of Decision:	Comments (para uso exclusivo de la oficina):