

SOLICITUD DE APELACIÓN CONTRA EL RECHAZO DE LA TRANSFERENCIA INTERDISTRITO (TID)

(Complete todo el material, excepto su firma)

Aviso: El Panel de Apelación del SMUHSD únicamente *recomendará* al Consejo Directivo la aprobación o el rechazo de la solicitud. Si el Consejo Directivo del SMUHSD aprueba la solicitud, el estudiante será asignado a una escuela del Distrito, a juicio del Director de la Oficina de Asistencia y Bienestar, según las necesidades del Distrito. Los padres/tutores no tienen derecho a apelar contra la escuela a la que su hijo fue asignado. Si el Consejo Directivo del SMUHSD rechaza la solicitud, los padres pueden apelar contra la decisión ante el Consejo Directivo del Departamento de Educación del Condado de San Mateo, de conformidad con sus políticas.

IDENTIFICACIÓN – PADRES/TUTORES

Nombre de los padres/tutores (persona/s apelante/s): _____

Domicilio de residencia: _____ ¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? _____

Marque uno: ☐ Renta ☐ Dueño de casa

¿Alguna vez vivió dentro de los límites del SMUHSD?: ☐ No ☐ Sí (Si contestó "Sí", escriba domicilio anterior abajo)

Domicilio anterior en el SMUHSD: _____

Desde _____ hasta _____ (escriba las fechas)

Distrito escolar de residencia: _____ Escuela de residencia: _____

Teléfono de la casa en la que reside: _____ Otros teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

Abogado o representante (si corresponde): _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL - ESTUDIANTE

Estudiante: _____ Edad: ____ Grado: ____ Escuela a la que asiste actualmente: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL – SOLICITUDES DE TRANSFERENCIA INTERDISTRITO

Fecha de la solicitud inicial de transferencia interdistrito al SMUHSD: _____

Fecha en que el SMUHSD rechazó la transferencia interdistrito: _____

¿Este es el primer año que solicita una transferencia interdistrito para su hijo?: ☐ Sí ☐ No Si contestó "No", responda a las siguientes preguntas:

A. Indique el primer año escolar en que se realizó el acuerdo: _____ (año escolar, por ejemplo, 2023-24)

B. Grado del estudiante durante el primer año del Acuerdo: _____

C. Transferencia desde _____ (distrito de residencia) a _____ (distrito solicitado)

D. Motivo por el que la transferencia interdistrito del primer año fue aprobada: _____

E. ¿A partir del primer año, se ha requerido a los padres que cada año presenten una solicitud nueva de transferencia interdistrito?

☐ NO ☐ SÍ

INFORMACIÓN ADICIONAL – OTROS HERMANOS

Por favor, complete la siguiente información sobre los otros hermanos que viven en su hogar: (adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre: _____ Edad: _____ Escuela/Distrito al que asiste: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Escuela/Distrito al que asiste: _____

FUNDAMENTOS PARA APELAR CONTRA EL RECHAZO DE LA TRANSFERENCIA INTERDISTRITO

Recordatorio: La política Nro. 5117 del Consejo del San Mateo Union High School District establece expresamente que: *“El Consejo Directivo considerará la aprobación de la transferencia interdistrito únicamente si existen razones apremiantes por las que la educación de un estudiante podría verse adversamente afectada si dicho estudiante continúa en el distrito escolar de residencia”.*

Razones para solicitar una apelación [Nota: La solicitud de apelación no será aceptada sin una declaración detallada de las razones. Lea las páginas 8-10 de la Sección A del “Manual de apelación” del San Mateo Union High School District - “Factores que PUEDEN fundamentar las razones apremiantes que justificarían la aprobación de una transferencia interdistrito” (*Factors which MAY substantiate a Compelling Reason for Granting of an Inter-District Transfer*) Como referencia, por favor escriba el número de los factores (1-11) que se aplican a su situación. (Adjunte más hojas si necesita más espacio para completar este ítem)]

Factor _____ Información adicional: _____

Factor _____ Información adicional: _____

Por favor, adjunte los siguientes ítems a este formulario de apelación:

- (1) Cualquier página adicional que haya sido entregada con el formulario “Razones para solicitar una apelación” como se menciona más arriba, relacionada con los motivos por los que se ha solicitado la transferencia.
- (2) Toda documentación del distrito de residencia relacionada con su solicitud.
- (3) Toda documentación que usted considere pertinente a su solicitud.

CERTIFICACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Por el presente certifico que: (1) Toda la información que he presentado en este formulario y los documentos que he adjuntado son ciertos y están correctos, según mi entender; y (2) si la TID es aprobada, el estudiante estará sujeto a los términos establecidos en el Acuerdo de TID y será asignado a una escuela, a juicio del Distrito.

Firma padres/tutores que solicitan la apelación

Fecha