

**Interdistrict Attendance (IDA) Transfer Request for School Year: 20____ - 20____**

Date of Request: _____

Parent/guardian: Please fill out one application for each student. As a resident of Lincoln Unified School District and the parent/guardian of the student listed below, I am requesting his/her transfer out of the Lincoln Unified School District.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

Student's Current School: _____ Grade for requested school year: _____

Requested District: _____ Requested School: _____

Printed Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

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

List other school-age children: _____

Name

Grade

Current School

Name

Grade

Current School

Does student receive special education services? Yes No

Does student have a 504 plan? Yes No

Is student an English Language Learner? Yes No

Is student currently expelled, pending expulsion or expelled within the last year? Yes No

Reason for Transfer Request: (Check reason and explain fully)

1. _____ Parent's employment is located within attendance boundaries of requested district. If checked, complete the following:

Parent's employer/Company Name: _____ Employer Phone: _____

Employer's Address: _____

2. _____ Other: _____**To be filled out by District of Residence**_____ **The IDA Transfer Request is denied.** Reason: _____

_____ **This IDA Transfer Request is approved** and referred to the Requested District for consideration. This IDA Request and an IDA Transfer Agreement (Form 2) will be sent to the Requested District with transcript, attendance and discipline information. Students in grades K – 10 need to re-apply each year.

Signature of District Representative

Title

Date

Note that districts do not provide transportation under an Interdistrict Attendance Transfer Agreement. Approval and revocation by the Requested District may be contingent upon school/grade/program capacity and/or the student meeting certain standards of attendance, behavior and scholarship. Note that Interdistrict transfers may not be guaranteed for all siblings. Disapproval by either district may be appealed to the San Joaquin County Office of Education within 30 days of denial. See www.sjoe.org for Interdistrict Attendance Appeal Handbook, or call the San Joaquin County Office of Education at (209) 468-4800

**Solicitud de Transferencia de Asistencia Interdistrital (IDA) para el año escolar: 20__ - 20__**

Fecha de solicitud: _____

Padre/tutor: Por favor, llene una solicitud por estudiante. Como residente del Distrito Escolar Unificado de Lincoln y padre/tutor del estudiante mencionado abajo, solicito que el mencionado estudiante sea transferido afuera del Distrito Escolar Unificado Lincoln.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela Actual del Estudiante: _____ Grado para el año escolar solicitado: _____

Distrito Solicitado: _____ Escuela Solicitada: _____

Nombre Escrito de Padre/Tutor: _____ Firma: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Correo Electronico: _____ Telefono de Casa: _____ Telefono del Trabajo: _____ Celular: _____

Nombres de otros hijos/as de edad escolar: _____
Nombre Grado Escuela Actual

Nombre Grado Escuela Actual
¿Recibe el estudiante servicios de educación diferencial? Sí No ¿Tiene el estudiante un plan 504? Sí No
¿Es estudiante de inglés como segunda lengua? Sí No
¿Está expulsado actualmente, tiene alguna expulsión pendiente o ha sido expulsado dentro del último año? Sí No

Razón por la Solicitud de Transferencia: (marque la razón y explique con todo detalle)

1. ____ El lugar de trabajo de los padres está dentro del distrito al que quiere transferirse. Si marcado, complete lo siguiente:

Empresa o Empleador del Padre: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

2. ____ Otro: _____**Para ser llenado por el Distrito de Residencia**

____ La Solicitud de Transferencia IDA ha sido rechazada. Razón: _____

____ La Solicitud de Transferencia IDA ha sido aprobada y referida al distrito solicitado para su consideración. Se enviara esta Solicitud IDA y un Acuerdo de Transferencia IDA (Form 2) al distrito solicitado junto con información académica, asistencia, y comportamiento del estudiante. Los estudiantes en grados K a 10^{mo} necesitan aplicar de nuevo cada año.

Firma del Representante del Distrito

Título

Fecha

Por favor, tenga en cuenta que los distritos no ofrecen transporte a los estudiantes que están bajo un Acuerdo de Transferencia de Asistencia Interdistrital. La aprobación o el rechazo por parte del distrito solicitado se basa en la capacidad de la escuela/grado/programa y en el cumplimiento del estudiante con ciertos estándares de asistencia, conducta e instrucción. Anote que Transferencias Interdistritales no son garantizadas para todos los hermanos/as. Si su solicitud es rechazada por cualquier distrito, puede apelar la decisión en la Oficina de Educación del Condado de San Joaquín dentro de los 30 días de la rechaza. Visite www.sjoe.org para el manual de apelar Transferencias Interdistritales, o llame a la Oficina de Educación del Condado de San Joaquín al (209) 468-4800.