

PADRE, MADRE, TUTOR O JOVEN: Si usted no está de acuerdo con la decisión del beneficio del programa HERO o escuela de origen, llene este formulario. Un representante del programa HERO se comunicará con usted dentro de dos (2) días escolares para obtener datos adicionales con el objeto de resolver la disputa.

PERSONAL DE LA ESCUELA O DEL DISTRITO: Si usted no está de acuerdo con la decisión del beneficio del programa HERO o escuela de origen, llene este formulario. Un representante del programa HERO se comunicará con usted dentro de dos (2) días escolares para obtener datos adicionales con el objeto de resolver la disputa.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Escuela _____ Fecha _____

Nombre del padre, madre o tutor _____ Número telefónico _____

La decisión que está siendo disputada: _____

Nombre de la persona que llenó este formulario (use letra de imprenta)

Firma

Parentesco con el estudiante

Número(s) de teléfono

(Para el personal de MNPS) MNPS STAFF—Email this form to HeroProgramReferrals@mnps.org. File the original in the student's school record. **EL ESTUDIANTE TIENE DERECHO A PERMENCER EN LA ESCUELA MIENTRAS SE REVISE LA DISPUTA.**

HOMELESS EDUCATION PROGRAM STAFF NOTES: (ESPACIO RESERVADO PARA NOTAS DE LOS EMPLEADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ESTUDIANTES SIN TECHO):

Date Received: _____ Eligibility Dispute _____ School of Origin Dispute _____