

PADRE, MADRE, TUTOR O JOVEN: Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre los beneficios del programa HERO o sobre la escuela de origen, rellene este formulario. Un representante del programa HERO se comunicará con usted dentro de dos (2) días escolares para obtener información adicional con el fin de resolver la disputa.

PERSONAL DE LA ESCUELA O DEL DISTRITO: Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre los beneficios del programa HERO o sobre la escuela de origen, rellene este formulario. Un representante del programa HERO se comunicará con usted dentro de dos (2) días escolares para obtener información adicional con el fin 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 relleno este formulario (use letra de imprenta) _____

Firma _____

Parentesco con el estudiante _____

Número de contacto _____

(Para el uso del personal del distrito escolar) MNPS STAFF—Email this form to HeroProgramReferrals@mnps.org. File the original in the student's school record.

THE STUDENT HAS THE RIGHT TO REMAIN IN SCHOOL WHILE A DECISION IS BEING MADE ABOUT THE DISPUTE.

HOMELESS EDUCATION PROGRAM STAFF NOTES:

Date Received: _____

_____ Eligibility Dispute

_____ School of Origin Dispute