GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020 | Phone: 669-205-4000

INTERDISTRICT TRANSFER REQUEST

For students living within GUSD boundaries who want to attend schools in other districts

GUSD SCHOOL OF RESIDENCE	FOR SCHOOL YEAR	GRADE	REQUEST TYPE
			[ ] NEW [ ] RENEW

REQUESTED DISTRICT	DESIRED SCHOOL

STUDENT AND PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Student: _____ Birth date: _____ Grade Today: _____

Does the student receive special services? [ ] Yes [ ] No

REQUIRED: If yes, indicate which type & ***attach copy*** of current [ ] IEP [ ] 504 Plan [ ] Speech [ ] Special Day Class [ ] Resource Specialist Program [ ] Other: _____

Parent / Guardian: _____

Home Address: _____

Contact Phone: _____ Email: _____

REASON(S) FOR REQUEST

Check one or more of the reasons for the request listed below. **ATTACH ALL SUPPORTING DOCUMENTATION TO THIS REQUEST.**

IMPORTANT: Failure to provide required documentation will delay processing of this request.

[ ] EMPLOYMENT WITHIN REQUESTED DISTRICT. **Required documentation:** Copy of pay stub or employment-verification letter.

[ ] CHILD CARE: K-6 ONLY. **Required documentation:** Verification from provider on letterhead or with name and contact information.

[ ] RECENT CHANGE OF RESIDENCE. Date of move, within ***current school year*** **ONLY**: _____

Required documentation: Utility bill or rental agreement/mortgage statement that lists ***former address*** from within ***current school year*** **ONLY**.

[ ] 8th- / 12th-GRADE PRIVILEGE

[ ] INSTRUCTIONAL PROGRAM: { } DIME program at San Martin Gwinn *or* { } Other: _____

[ ] OTHER. **Required documentation:** Letter from counselor, psychologist, doctor, etc., OR letter explaining reasons for request.

PARENT / GUARDIAN STATEMENT

In making this request, I understand the following conditions: 1) approval by both districts is required; 2) the district requested may investigate the student's attendance, behavior, and academic records before acting on the request. If granted, this permit will be in force for one (1) year and will remain in force only if the student meets the attendance, behavior, and academic requirements of the district requested; 3) if the permit is granted, the student and parent/guardian will be expected to cooperate with school personnel; 4) if the permit is granted, the parent/guardian will be responsible for the student's transportation to and from school; and 5) if the request is denied by the district and all appeal rights have been exhausted in the district, I have the right to appeal the decision to the Santa Clara County Board of Education. I hereby certify that the student and parent/guardian information provided above is accurate and that I understand and agree to the above stated conditions.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

DECISIONS OF AFFECTED DISTRICTS

DISTRICT OF RESIDENCE	REQUESTED RESIDENCE
[ ] **APPROVAL** [ ] **DENIAL**	[ ] **APPROVAL** [ ] **DENIAL**
Administrator: _____	Administrator: _____
Date: _____	Date: _____
Reason(s) for decision, if denied: _____	Reason(s) for decision, if denied: _____
_____	_____

Submit completed form or for more information, visit: / Entrege formulario completado o para más información, visite: **gilroyunified.org/interdistricts**

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY
7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020 | Phone: 669-205-4000

SOLICITUD DE PERMISO PARA TRANSFERENCIAS ENTRE DISTRITOS

Para estudiantes quienes viven dentro de los límites de GUSD y desean asistir a escuelas en otros distritos

GUSD ESCUELA DE ÁREA DE ASISTENCIA	CICLO ESCOLAR	GRADO	SOLICITUD
			[ ] NUEVA [ ] RENOVACIÓN

DISTRITO SOLICITADO	ESCUELA SOLICITADA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y PADRES/TUTORES

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado Actual : _____

¿El estudiante recibe servicios especiales? [ ] Si [ ] No

REQUERIDO: Si recibe servicios especiales, indique de que tipo y adjunte una copia de su IEP más recient**e**

[ ] Plan 504 [ ] Terapia del Habla [ ] Salon de Educación Especial [ ] Programa de Recursos Académicos [ ] Otro: _____

Padre /Tutor: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

RAZON(ES) POR LA SOLICITUD

Marque una o más razones por las cuales hace la solicitud. **ADJUNTE DOCUMENTACIÓN NECESARIA A ESTA SOLICITUD.**

IMPORTANTE: No proporcionar la documentación requerida puede retrasar el procesamiento de esta solicitud.

[ ] EMPLEO DENTRO DEL DISTRITO SOLICITADO. **Documentos requeridos:** Talón de cheque o carta de verificación de empleo.

[ ] CUIDADO DE NIÑOS. *SOLO PARA GRADOS K-6*. **Documentos requeridos:** Verificación del proveedor en papel membretado o con nombre e información de contacto.

[ ] CAMBIO RECIENTE DE DOMICILIO. Fecha de cambio,SOLAMENTE durante este año escolar: _____
Documentos requeridos: Factura de servicios públicos o contrato de alquiler / cobro de hipoteca que indica la dirección anterior SOLAMENTE durante este año escolar.

[ ] PRIVILEGIOS PARA 8º Y 12º GRADO

[ ] PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN: { } Programa DIME en San Martin Gwinn *o* { } Otro: _____

[ ] OTRA RAZÓN. **Documentos requeridos:** Carta de consejero, psicólogo, médico, etc., o carta explicando los motivos de la solicitud.

DECLARACIÓN DE PADRE/TUTOR

Al hacer esta solicitud, entiendo que existen las siguientes condiciones: 1) se requiere aprobación de ambos distritos; 2) antes de decidir algo sobre esta solicitud, el distrito solicitado pudiera investigar la asistencia del estudiante, su conducta y sus records académicos. Si este permiso es otorgado, estará en vigor por (1) año y continuará en efecto únicamente si el estudiante cumple con los requisitos de asistencia, de conducta y de aprovechamiento académico para el distrito solicitado; 3) si el permiso es otorgado, se espera que el estudiante y los padres/tutores cooperen con el personal escolar; 4) si el permiso es otorgado, los padres/tutores serán responsables del transporte; y 5) si la solicitud no es aceptada por el distrito y se han agotado todos los derechos de apelación dentro del distrito, tengo el derecho de presentar una apelación de la decisión a la Mesa Directiva de Educación del Condado de Santa Clara. Por medio de la presente certifico que la información que se ha dado tanto del estudiante como los padres/tutores es correcta y que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas anteriormente.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

DECISIONS OF AFFECTED DISTRICTS

DISTRITO DEL ÁREA DE ASISTENCIA	DISTRITO SOLICITADO
[ ] **APROVADO** [ ] **NO APROVADO**	[ ] **APROVADO** [ ] **NO APROVADO**
Administrador: _____	Administrador: _____
Fecha: _____	Fecha: _____
Si no ha sido aprobado, explique la razón(es): _____	Si no ha sido aprobado, explique la razón(es): _____
_____	_____

Submit completed form or for more information, visit: / Entrege formulario completado o para más información, visite: **gilroyunified.org/interdistricts**