



SALIDA UNION SCHOOL DISTRICT

4801 Sisk Road, Salida, CA 95368 ♦ (209) 545-0339 ♦ Fax (209) 545-2682

SOLICITUD Y ACUERDO PARA LA ASISTENCIA ENTRE/DENTRO DEL DISTRITO

PARA LA DIRECTIVA DEL CONSEJO DE:

_____ y el _____ Salida Union School District
DISTRITO que usted está solicitando su hijo(a) asista *DISTRITO de residencia*

_____ y la _____
ESCUELA que usted está solicitando su hijo(a) asista *ESCUELA de residencia*

Esto es para solicitar permiso para:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Asistir a la escuela en el primer distrito nombrado, mientras que residen en el segundo distrito nombrado por el siguiente motivo(s):

(Marque todas las que correspondan)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continuar la ubicación actual | <input type="checkbox"/> Permitir al estudiante a permanecer con la clase de graduación de primaria/ Junior/Senior de la escuela secundaria |
| <input type="checkbox"/> Completar el año escolar actual | <input type="checkbox"/> El estudiante vivirá fuera del distrito durante un año o menos |
| <input type="checkbox"/> Padres trabajan a nivel local (Allen Bill) | <input type="checkbox"/> Recomendado por SARB o agencia de servicio social |
| <input type="checkbox"/> Escuela feeder graduate [Inserte el nombre de la escuela feeder] | <input type="checkbox"/> Programa educativo no es ofrecido en el distrito de residencia |
| <input type="checkbox"/> Necesidades de cuidado infantil (Verificación adjunto) | <input type="checkbox"/> Ajuste personal y social |
| <input type="checkbox"/> Necesidades especiales (mental/necesidades de salud física) | <input type="checkbox"/> Residencia está más cerca al distrito solicitado |
| <input type="checkbox"/> Hermanos actualmente asisten | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de haberse movido dentro/fuera del distrito (Verificación adjunta) | |

¿Está su niño elegible para o está inscrito en Educación Especial? Sí No Si es así, por favor consulte el servicio a continuación:

Especialista de Recursos (RSP) Clases Especiales de Día (SDC) Otros Servicios (Habla/Lenguaje/504) Especifique: _____

Por la presente, certifico que soy el Padre/Tutor Legal con los derechos de custodia legal:

Nombre Firmado: _____ Domicilio Físico _____

Nombre Impreso: _____

Teléfono: Casa/ _____ Trabajo/ _____ Dirección de Correo: _____

Si difiere de arriba

LOS PADRES SERÁN RESPONSABLES POR EL TRANSPORTE

CONDICIONES PARA LA ASISTENCIA ENTRE-DISTRITAL

El Consejo de Administración del Distrito Escolar de la Unión de Salida se compromete a permitir la asistencia del estudiante solicitado anteriormente para el siguiente periodo del año escolar _____. Esta petición puede ser negada o revocada por las siguientes razones:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Una o más faltas injustificadas. | 7. Hacinamiento (por ejemplo, reducción, el tamaño de clase, el tamaño de clase negociado, etc.). <i>Nota: Una vez aceptado, al estudiante no se le puede negar la asistencia continua a causa del hacinamiento por la duración del acuerdo.</i> |
| 2. Mala conducta del estudiante. | 8. Costo adicional de educar a los estudiantes superaría la cantidad de fondos recibidos como resultado de la transferencia. |
| 3. Bajo rendimiento académico. | 9. Cualquier otra condición prevista por BP/AR. (vea documento adjunto). |
| 4. Falsificación de solicitud de permiso. | |
| 5. El estudiante está actualmente cumpliendo una orden de expulsión de otro distrito. | |
| 6. Determinación de que el estudiante es probable que no cumpla con los términos del acuerdo basado en la asistencia, o expediente académica o del comportamiento. | |

Sí No No obstante al Código de Educación §46600(a)(1), los Estudiantes están de acuerdo en que él/ella deberá atenerse a las normas adicionales para la nueva aplicación que se establece en BP/AR 5117, incluyendo pero no limitado a, una nueva aplicación sobre la terminación del plazo de acuerdo.

Al aceptar el alumno arriba mencionado, el Distrito está de acuerdo en aceptar asumir la responsabilidad por todos los costos de los servicios educativos para programas similares en los 2 distritos que ahora existen o que pueden existir durante la vigencia de este Acuerdo.

Distrito de ASISTENCIA

Distrito de RESIDENCIA

_____ Distrito Escolar

Salida Union School District _____ Distrito Escolar

Acuerdo Aprobado Negado Fecha _____

Acuerdo Aprobado Negado Fecha _____

Por: _____

Por: Agustin Mireles, Asistente Superintendente



SALIDA UNION SCHOOL DISTRICT

4801 Sisk Road, Salida, CA 95368 ♦ (209) 545-0339 ♦ Fax (209) 545-2682

Cuidado de Niños/Verificación de Empleo

La siguiente información debe ser verificada antes de solicitar una transferencia entre distritos.

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Área de Asistencia Escolar: _____

INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES

Nombre del Padre: _____

Nombre de Madre: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Teléfono de Hogar/Celular: _____

Teléfono de Hogar/Celular: _____

Lugar de Empleo: _____

Lugar de Empleo: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Supervisor: _____

Supervisor: _____

Horas/Días de Empleo: _____

Horas/Días de Empleo: _____

FIRMA DE PADRES/TUTORES

FECHA

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR DE CUIDADO DE DÍA:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

*Número de Licencia de Proveedor de Cuidado.: _____

Área de Asistencia Escolar: _____

El estudiante será supervisado por este proveedor de cuidado de niños durante las horas siguientes:

_____ A.M. _____ P.M. En estos días: _____

FIRMA DE PROVEEDOR DE CUIDADO DE DÍA

FECHA

*No se necesita número de licencia si:

- (1) El cuidador está relacionado por sangre o matrimonio de los padres (s)
- (2) El cuidador está supervisando a los niños de una familia y es un amigo cercano de los padres
- (3) El cuidador está supervisando durante 10 horas o menos por semana, con o sin compensación, si los niños son menores de 14 años de edad.