



SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DENTRO DEL DISTRITO 2018-19

Servicios Estudiantiles

1830 S. Nogales St.
Rowland Heights, CA 91748
Edificio #1
Teléfono (626) 935-8284

- Los estudiantes nuevos al Distrito Escolar Unificado de Rowland **deben** pre-inscribirse en línea en: <https://aeries.rowlandschools.org/enroll/> antes de someter una Transferencia Intradistrital (dentro del distrito) para el 2018-2019.
- Las escuelas **no pueden** aceptar Transferencias Intradistritales (dentro del distrito). Por favor someta la solicitud al: Departamento de Servicios Estudiantiles.

Nombre del Estudiante _____ Grado en **Agosto 2018** _____ F.D.N.: ____/____/____
 _____ *Apellido* _____ *Nombre* _____
 Nombre del Padre/Tutor _____ #Tel. de casa () _____

 Domicilio _____ #Tel. de la madre () _____
 _____ *Número y Calle* _____ *Apt. #* _____
 _____ #Tel. del padre () _____
 _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Código Postal* _____

Escuela Actual/Última : _____ Escuela de Residencia Asignada _____

Escuela Preferida : _____

Por favor responda a las siguientes preguntas:

- ¿Recibe el estudiante Servicios de Ed. Especial? Sí No
 ¿Tiene el estudiante un hermano/a que continuará en la 1^{ra} elección de escuela en Agosto 2018?..... Sí No

Nombre(s) de hermano/a(s): _____/_____/_____ Grado(s): _____/_____

Razón de Solicitud *Por favor adjunte los documentos de requeridos (página 2 de la Transferencia Intradistrital)

- Cuidado Infantil* Empleo de los Padres* Hermano/a Programa: ___Inmersión Dual Español ___Inmersión Dual Mandarín
 Completar el Último Año Cambio de Residencia Continuación de Inscripción Otra razón (Por favor explique en la página 2)

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

Entiendo que, previamente a que una transferencia dentro del distrito sea considerada, se requiere de mí, como padre o tutor, que me reúna con el Director/Delegado de la escuela actual del Distrito Escolar Unificado de Rowland, o si soy nuevo al Distrito, con la escuela de residencia. Entiendo que una solicitud incompleta no será procesada.

Constancia del Director/Delegado: Me reuní con el padre o tutor referente a la solicitud de transferencia.

Firma del Director/Delegado _____ Fecha _____

Constancia del Padre o Tutor: Entiendo que sólo puedo someter UNA solicitud por año escolar y que no puedo cambiar o cancelar esta solicitud una vez sometida. Entiendo que la decisión de ubicación del Distrito es final. Si ésta es aprobada, entiendo que debo inscribir al estudiante en la escuela solicitada y que el espacio en la escuela de residencia ya no estará disponible. Una transferencia aprobada puede ser revocada por cualquiera de las siguientes razones: (1) asistencia insatisfactoria (2) comportamiento insatisfactorio y/o (3) proporción de información falsa. Para solicitudes de escuelas preparatorias, entiendo que todas las normas y regulaciones de la Federación Interescolar de California (CIF) en relación a tales transferencias y elegibilidad atlética se aplican.

Estoy de acuerdo en proporcionar mi propio medio de transporte seguro y a tiempo (ida y vuelta de la escuela) para mi estudiante. Certifico que toda la información que proporciono al Distrito Escolar Unificado de Rowland en referencia a la solicitud de transferencia del estudiante e inscripción es correcta y estoy de acuerdo con todas las condiciones relacionadas a esta solicitud.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Aprobado Negado Escuela Asignada _____
 Comentario/Razón _____
 Firma del Director/a de Servicios Estudiantiles _____ Date _____

OTRA RAZÓN

VERIFICACIÓN DE CUIDADO INFANTIL y/o EMPLEO

Por favor complete todas las secciones abajo si su razón es por cuidado de niños y/o empleo y sométalas con la documentación requerida. **No** se aceptarán formas incompletas.

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil: _____ Teléfono: _____

Dirección del Proveedor de Cuidado Infantil: _____

Días/Horas que el cuidado infantil será proporcionado: _____

Firma de Proveedor de Cuidado Infantil: _____ **Fecha:** _____

- Copia de talones de cheque de pago, para verificar empleo de tiempo completo (ambos padres).
- Carta de empleador en **hoja membretada** indicando el horario semanal (ambos padres).
- Si un padre trabaja por su cuenta, una tarjeta de negocio **y** una copia de la licencia de negocio debe ser sometida junto con la información del empleo mencionado arriba para el otro padre si corresponde.

Nombre del Padre: _____ **# de Trabajo** _____

Nombre de la Compañía: _____ **Horario de Trabajo:** _____

Dirección: _____

Nombre de la Madre: _____ **# de Trabajo** _____

Nombre de la Compañía: _____ **Horario de Trabajo:** _____

Dirección: _____

NOTA: Nos reservamos el derecho de verificar el cuidado infantil varias veces durante el año. La información falsificada hará que esta solicitud sea revocada.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que toda la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____