

FOR RECEIVING SCHOOL USE ONLY:

Date Application Rec'd \_\_\_\_\_

Application Rec'd by \_\_\_\_\_

## ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE

Solicitud de Transferencia Especial, K-12

**INSTRUCCIONES:** Lea atentamente la información del Reglamento/Regla 5140 adjunto antes de completar este formulario. El padre/madre/tutor del estudiante elegible debe completar la Parte I. Los solicitantes, excepto los solicitantes de escuelas especializadas (magnet) y de Título I (\*ver más abajo), deben someter la *copia blanca (1) de este formulario al director de la escuela que recibe, la copia amarilla (2) al director de la escuela que transfiere y guardar la copia rosada (3) para sus archivos. SI SE OBTIENE ESTE FORMULARIO DEL SITIO WEB DE EPCB [en inglés BCPS], SE DEBEN PRESENTAR TRES (3) COPIAS.*

## PARTE I: SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE ESCUELA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste actualmente: \_\_\_\_\_ Grado Actual: \_\_\_\_\_

Escuela que corresponde al lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Nombre padre/madre/tutor: \_\_\_Dr. \_\_\_Sr. \_\_\_Sra. \_\_\_Srta. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Otro) \_\_\_\_\_

Escuela solicitada: \_\_\_\_\_ Año escolar solicitado: 200\_\_-200\_\_ Grado solicitado: \_\_\_\_\_

**Razón(es) de la solicitud:** Ver Regla 5140, Sección III B. y haga un círculo en los números que correspondan a la(s) razón(es).

1 (último grado) 4 (\*\*cambio de residencia fuera de la zona geográfica de la escuela) 6 (\*\*\*\*cuidado de niño) 8 (hijo de empleado)

2 (programa de estudio) 5 (cambio de residencia dentro de la zona geográfica de la escuela) 7 (condiciones familiares) 9 (hermano/a)

3 (\*\*médicas/adaptación del estudiante)

**Explicación adicional (adjunte una hoja si necesita más espacio):** \_\_\_\_\_

**\*\*Las solicitudes que estén basadas en razones médicas, físicas o de salud mental, deben ser acompañadas por documentación de un médico o profesional de salud mental.**

**\*\*\* LAS TRANSFERENCIAS ESPECIALES OTORGADAS POR CAMBIO DE RESIDENCIA FUERA DEL ÁREA GEOGRÁFICA DE LA ESCUELA DONDE ASISTE, SE APLICAN SÓLO CUANDO LA FAMILIA SE MUDA DURANTE EL AÑO ESCOLAR VIGENTE, Y DURAN SÓLO HASTA EL FIN DE ESE AÑO ESCOLAR.**

**\*\*\*\* SI LA SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ESTÁ basada en guardería para niños, DEBEN PROPORCIONARSE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

Nombre de la persona/agencia que cuida al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Días y horas que se brinda el cuidado: \_\_\_\_\_ Firma de la persona que cuida : \_\_\_\_\_

\*Los formularios de solicitud de transferencias para el próximo año escolar deben someterse entre el **1º de abril y el 1º de junio** excepto para los solicitantes de las escuelas especializadas (magnet) y de Título I. **Los solicitantes de escuelas especializadas** deben someter esta *Solicitud* en su totalidad de acuerdo a las pautas establecidas por el Reglamento y Regla 6130. Los **solicitantes de Título I** deben someter las solicitudes de acuerdo a las pautas establecidas por los procedimientos de opción de transferencia a escuelas públicas de Título I.

**He recibido y leído la información del Reglamento y Regla 5140. Entiendo que, a menos que se indique de otra manera, si la transferencia es aprobada, las EPCB (en inglés BCPS) no brindan transporte. ENTIENDO QUE EL PROPORCIONAR FALSA INFORMACIÓN PODRÁ RESULTAR EN CARGOS DE ARANCEL Y EL RETIRO DE MI HIJO DE LA ESCUELA, SEGÚN CORRESPONDA.**

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PARTE II: REVISIÓN/DECISIÓN (Para ser completado por el Director de la escuela que recibe al estudiante)

\_\_\_\_\_ Aprobada

\_\_\_\_\_ Denegada

RAZÓN(ES) PARA LA DENEGACIÓN: (Haga un círculo en **todas** las razones que correspondan)

A. Superpoblación de estudiantes

B. Razón no corresponde al reglamento y regla

C. Falta de documentación correspondiente

D. Solicitud tardía/no emergencia imprevista

Firma del Director de la escuela que recibe: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(El Director de la escuela que recibe al estudiante debe enviar esta copia de la decisión al padre/madre/tutor; guardar una fotocopia en los archivos de la escuela; y enviar una fotocopia al director de la escuela que transfiere.

**APELACIONES:** Deben hacerse por escrito, incluyendo toda la documentación y una copia de esta *solicitud* firmada por el director de la escuela que recibe al estudiante, enviando a Residency Liaison, Baltimore County Public Schools, 9610 Pulaski Park Drive, Suite 219, Baltimore, MD 21220, dentro de los diez (10) días escolares a partir de la fecha de la decisión.

Copias: (1) director de la escuela que recibe; (2) director de la escuela que transfiere; (3) padre/madre/tutor