



# DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ORCUTT

## SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ENTRE DISTRITOS 2024-25

- I-Acuerdo de Asistencia entre Distritos (Conforme al Código de Educación §46600/46601.5)  Nuevo
- E-Solicitud de Transferencia Relacionado al Empleo (Conforme al Código de Educación §4820)  Renovar

### INFORMACION DE PADRE Y ESTUDIANTE

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Distrito Solicitado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Genero: M / F Escuela Solicitada: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio de Casa: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre/Domicilio de Empleo: \_\_\_\_\_

### SERVICIOS ESPECIALES

¿El estudiante recibe servicios especiales? Si / No (Si indico que sí, indique servicios y proporcione documentación.)

Plan 504  Del Habla  Clase de Día Especial  Recursos  Otro: \_\_\_\_\_

### RAZON POR LA SOLICITUD:

Por favor indique la razón o razones por la solicitud. Favor de agregar documentación si es requerido.

Cambio de domicilio – Fecha en la cual se movió: \_\_\_\_\_

Un hermano asiste al Distrito Escolar solicitado  
Nombre \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Otro – Favor de explicar (Si es necesario, use la parte de atrás de la forma para mas explicación)

\_\_\_\_\_

### DECLARACION DE PADRE/TUTOR:

Al hacer este Acuerdo de Asistencia entre Distritos, yo comprendo las siguientes condiciones:

1. Se requiere la aprobación de los dos distritos.
2. Si es concedida, el Acuerdo de Asistencia entre Distritos puede requerir renovación anual.
3. Se les puede requerir a los estudiantes que cambien de escuela debido a registraciones excesivas de escuela o cambios de límites de asistencia.
4. Puede ser revocado el Acuerdo de Asistencia entre Distritos en cualquier momento por asistencia inaceptable, problemas de comportamiento, y/o no seguir las reglas y pólizas de la escuela.
5. El padre/tutor es responsable por la transportación de ida y vuelta a la escuela.
6. Si la solicitud es negada, usted tiene el derecho de apelar la decisión a la Mesa Directiva de Educación del Condado de Santa Barbara.

Por la presente certifico que la información de padre/tutor y estudiante es precisa y yo comprendo y estoy de acuerdo en las condiciones declaradas en el Acuerdo de Asistencia entre Distritos.

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(For Office Use Only - See Back)

**DECISIONES DEL DISTRITO:**

<b>DISTRICT OF RESIDENCE:</b> Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>	<b>DISTRICT REQUESTED:</b> Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>
Reason(s) for decision, if denied: _____	Reason(s) for decision, if denied: _____
By: _____ Date: _____	By: _____ Date: _____
Title: _____	Title: _____

**ORIGINAL TO:** Orcutt Union School District, Attn: Enrollment Office, 500 Dyer Street, Orcutt, CA 93455 Phone: 805.938.8946 FAX: 805.938.8948