

Formulario de Apelación a la Asignación Escolar de mayo para el 2019-2020

FECHA LÍMITE: 31 de Mayo de 2019

Educational Placement Center
555 Franklin Street, Room 100
San Francisco, CA 94102 415.241.6085



El Proceso de Apelación

El Comité de Apelación a Razón de Dificultades Médicas y en la Familia se reúne después de cada período de asignaciones y lleva a cabo una revisión de las apelaciones de estudiantes que basan su apelación ya sea en dificultades de tipo médico o de la familia. Si se aprueba una apelación, ésta es enviada al Centro de Matrícula Escolar para que éste a su vez otorgue una asignación en un plantel escolar que pueda satisfacer las necesidades del estudiante, y que cuente con un cupo disponible. Debemos considerar la capacidad de las escuelas cuando asignamos un estudiante cuya apelación ha sido aprobada.

Las apelaciones se aceptan en base a la documentación que se le proporciona al Comité de Apelaciones, el cual se reúne con el único propósito de llevar a cabo las revisiones en períodos específicos durante el ciclo de matrícula. Los miembros del comité no se encuentran disponibles para hablar con las familias con

respecto a su apelación. Usted puede dirigir preguntas o material adicional relacionado a la apelación al personal del Centro de Matrícula Escolar. No obstante, el personal del Centro no participa en el proceso de apelación, ni tiene autoridad para anular las decisiones del Comité de Apelaciones.

Apelaciones se consideran solo en casos de estudiantes cuyas necesidades no se pueden satisfacer en la escuela asignada. Apelaciones aprobadas se otorgan para una sola escuela la cual pueda satisfacer las necesidades del estudiante, y no se puede usar para asignaciones en varias escuelas.

Los formularios de Apelación se pueden obtener en el Centro de Matrícula Escolar, o en el portal en el internet del Distrito y deben ser entregados en la fecha apropiada para que puedan ser revisados.

Recurso de apelación por motivos de salud

Estudiantes que padecen de una condición médica grave, la cual no se puede manejar en la escuela asignada, pueden presentar Apelación por Razón Médica. Estas apelaciones por razón médica solo pueden estar conectadas a la condición médica del estudiante y no a la de los padres u otro miembro de la familia. Problemas comunes entre la mayoría de los estudiantes tales como mareos o asma, no constituyen una condición médica grave.

Solo podemos considerar Apelaciones por Razón Médica con respecto a estudiantes que sufren una condición médica grave la cual no se puede manejar en la escuela asignada. Se requiere la siguiente información:

- Llenar y firmar un formulario de "Recurso de Apelación por Razón Médica".
- Llenar y firmar un formulario de "Suministrador de Asistencia Médica" con documentación de un médico licenciado acerca de la condición médica actual del estudiante, y sus necesidades especiales. Se debe incluir información específica con respecto a condiciones necesarias, programas, y restricciones que pueden tener un impacto en la habilidad del estudiante para asistir a la escuela asignada.

Las decisiones que toma el Comité de Apelación por motivo de dificultades médicas y familiares son finales y no pueden ser apeladas.

Recurso de apelación por dificultad en la familia

Los padres/encargados pueden presentar una Apelación por Dificultad en la Familia si pueden demostrar que tienen una dificultad única que no se puede manejar en la escuela asignada. Dichas dificultades pueden ser resultado de una situación familiar única. Circunstancias mitigantes se consideran solo para miembros de la familia que viven en el mismo domicilio del estudiante.

Problemas comunes en la mayoría de las familias no constituyen una dificultad única. El Comité de Apelaciones no considera apelaciones basadas solamente en problemas de transporte, proximidad, conveniencia, o el plan educativo que se ofrece en las escuelas.

Empleados de tiempo completo del distrito escolar que viven en San Francisco, y quieren que sus hijos asistan la escuela donde ellos trabajan en el presente pueden presentar una apelación que puede ser aprobada.

Consideramos apelaciones por razón de dificultad en la familia solo si usted proporciona toda la siguiente información:

- Llenar y firmar un formulario de "Apelación a Razón de Dificultades Medicas y en la Familia"
- Llenar y firmar un formulario de "Suministrador de Asistencia Médica" si la dificultad se basa en una condición médica del padre/encargado.
- Un comprobante de domicilio de todas las partes mencionadas como participantes en la apelación a razón de dificultad en la familia. Cualquiera de los siguientes documentos se puede aceptar: Un estado de cuenta de los servicios de agencias tales como PG&E fechada en los últimos 45 días, registro del auto y póliza de seguro de auto (cuentan como 1 prueba), póliza de seguro de propietario de casa, o seguro de inquilinos, declaración de impuestos de bienes raíces, una carta del departamento de seguro social/agencia gubernamental en membrete oficial fechada en los últimos 45 días.
- Otros documentos que sustenten la apelación

Formulario de apelación a la asignación escolar de mayo para el 2019-2020

Educational Placement Center
555 Franklin Street, Room 100
San Francisco, CA 94102 415.241.6085



FECHA LÍMITE: 31 de Mayo de 2019

1 Tipo de Apelación

¿Es esta una apelación por **problema familiar** grave o situación difícil? **Sí** **No**

¿Está usted apelando para que **gemelos** o **trillizos** sean asignados en la misma escuela? **Sí** **No** o **N/A**

¿Es esta una apelación por razones de condición médica? **Sí** **No**

(Si responde Sí, requiere la verificación del médico, complete la sección 4)

del Estudiante

del Padre/Madre/Encargado

¿Es usted **empleado** de tiempo completo **del distrito escolar** que vive en San Francisco, y quiere que su hijo asista a la escuela donde usted trabaja actualmente? **Sí** **No** o **N/A**

2 Información del estudiante

Apellido del Estudiante

Primer Nombre

Fecha de Nacimiento

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Dirección del hogar

Grado

Escuela Apelada

de identificación del Estudiante:

Apelaciones aprobadas se otorgan para **UNA ESCUELA SOLAMENTE**

3 Descripción de la apelación:

Dé las razones específicas por las cuales la escuela que se le asignó en la 2ª Ronda, no puede responder adecuadamente a los problemas serios y únicos de su familia o a los problemas de salud:

(con la apelación puede adjuntar documentos detallados, pero por favor, resume sus razones en el espacio siguiente):

4 Verificación del Proveedor Médico:

(REQUERIDO PARA APELACIONES POR RAZONES DE CONDICIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE Y APELACIÓN POR PROBLEMA FAMILIAR GRAVE RELACIONADO A LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PADRE/ENCARGADO)

Nombre del médico:

Número de Licencia del Médico:

Teléfono:

Dirección de la Clínica/Hospital:

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

• Descripción de la condición médica (si es necesario, adjunte documentos adicionales): _____

• ¿Cómo responde la escuela actual a las condiciones médicas del Paciente? _____

• Razones específicas por las cuales la escuela que se le asignó no puede responder adecuadamente a las condiciones médicas del estudiante: _____

5 Información para el padre de familia/encargado:

Se le advierte que la información que someta al Distrito Escolar Unificado de San Francisco, como evidencia de los problemas serios y únicos de la familia o de la apelación médica, se revisará cuidadosamente. Si el Distrito tiene cualquier duda acerca de la veracidad de su información, ésta se enviará a la Oficina Legal del Distrito para que se investigue más a fondo. Si dicha investigación revela que entregó una información fraudulenta, el Distrito Escolar tomará en su contra, las acciones legales necesarias por gastos incurridos a causa de la investigación de este caso.

Yo, (Nombre del padre de familia/encargado) _____, verifico que leí y comprendí el párrafo anterior y juro bajo pena de perjurio que toda la información que proporcioné acerca de los problemas serios y únicos de la familia o la condición médica es verdadera y exacta. Por este medio autorizo al Distrito Escolar Unificado de San Francisco para que se comunique con el médico en lo relativo a cualquier condición médica.

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Fecha Límite: 31 de Mayo de 2019

EPC OFFICE USE ONLY

EPC OFFICE USE ONLY

EPC OFFICE USE ONLY

Date: Taken By (Print Name)

Initial:

May Assignment Offer: