



**SANTA CRUZ**  
COUNTY OFFICE OF  
**EDUCATION**

## **APELACIÓN DE UNA DENEGACIÓN DE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA INTERDISTRITAL**

(Por favor escriba en letra de molde o a máquina todo el material excepto la firma)

A: Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz  
400 Encinal St. Santa Cruz, CA 95060  
(831) 466-5900

ATTN: Verenise Valentín  
Secretaria de la Mesa de Directivas de Educación del Condado de Santa Cruz  
Oficina del Superintendente  
[vvalentin@santacruzcoe.org](mailto:vvalentin@santacruzcoe.org)

De conformidad con el Código de Educación § 46601, y la política de la Mesa de Directivas de Educación del Condado de Santa Cruz, yo/nosotros solicitamos una audiencia con el fin de Apelar una Denegación de Transferencia Interdistrital.

Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Distrito Escolar de Residencia: \_\_\_\_\_

Distrito escolar al que el/los estudiante(s) desea(n) asistir: \_\_\_\_\_

Distrito escolar que negó su solicitud: \_\_\_\_\_

¿El/los estudiante(s) asiste(n) actualmente a la escuela en el distrito de residencia?      Sí \_\_\_ No \_\_\_

Explique si la respuesta es 'No':

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apelación de una Denegación de Solicitud de Transferencia Interdistrital

Página 2

Explique por qué ha solicitado una transferencia interdistrital. Incluya cualquier hecho que considere que ayudará en su apelación. Si necesita más espacio, adjunte una hoja a este formulario.

---

---

---

---

---

---

---

La audiencia de apelación se llevará a cabo en sesión pública. Si el padre/tutor legal desea que la Mesa de Directivas del Condado considere información personal sensible, como registros médicos, en sesión cerrada, por favor firme una solicitud a tal efecto.

**Por la presente solicito una sesión cerrada para considerar información personal sensible.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/El Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Entiendo que la Mesa de Directivas de Educación del Condado de Santa Cruz se basará en esta información para decidir mi apelación. Por la presente certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/El Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor adjunte cualquier documentación que niegue su solicitud de transferencia interdistrital:

- (1) Su formulario de solicitud de transferencia;
- (2) Cualquier notificación de la junta de gobierno de su distrito de residencia con respecto a su solicitud;
- (3) Cualquier notificación de la junta de gobierno del distrito que negó su solicitud;
- (4) Cualquier documentación adicional que sea pertinente a su solicitud.

*Esta información será recibida por todos los miembros de la Mesa de Directivas del Condado para ayudarles a llegar a una decisión con respecto a su apelación.*