

# Formulario de Decisión y Apelación de Exención de Cuotas

Al padre/madre o guardián legal de: \_\_\_\_\_

Su solicitud de exención de cuotas ha sido:

\_\_\_\_\_ Aprobada - TODAS las cuotas serán eximidas para el año escolar. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Denegada - por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_ Su hijo no califica bajo ninguna de las categorías elegibles.

\_\_\_\_\_ Usted no ha proporcionado la documentación necesaria para determinar si su hijo califica para la exención de cuotas.

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

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

*(Firma de empleado escolar)*

## Derechos de Apelación de Los Padres:

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, TIENE DERECHO A APELAR.** Para apelar, envíe una carta (o el formulario de Notificación de Apelación impreso en la parte inferior de esta página) al director de la escuela de distrito o escuela chárter, explicando por qué no está de acuerdo con esta decisión. Incluya su nombre, el nombre de su hijo y la fecha. **USTED DEBE ENVIAR POR CORREO O ENTREGAR SU APELACIÓN EN UN LAPSO DE DIEZ DIAS ESCOLARES DE HABER RECIBIDO ESTA NOTIFICACIÓN.** *Guarde una copia de esta apelación para sus registros.* Un representante de la escuela se pondrá en contacto con usted dentro de un lapso de dos semanas después de haber recibido su apelación para programar una reunión y discutir sus inquietudes. También se le entregará una copia de la Política de Apelaciones de Exención de Cuotas de las escuelas del distrito y escuelas chárter que contiene una declaración completa de las políticas y procedimientos para las apelaciones.

**TODAS LAS EXIGENCIAS PARA EL PAGO DE CUOTAS QUEDARÁN SUSPENDIDAS HASTA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN FINAL CON RESPECTO A SU APELACIÓN.**

## Notificación de Apelación:

Yo, \_\_\_\_\_ deseo apelar la decisión con respecto a mi solicitud de exención de cuotas escolares por las razones siguientes: \_\_\_\_\_

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

El nombre de mi hijo es: \_\_\_\_\_

Por favor programe una reunión para discutir esta apelación. Entiendo que todas las cuotas serán suspendidas hasta que se haya tomado una decisión final, y que mi hijo podrá participar plenamente en todas las actividades escolares durante ese tiempo al igual que si las cuotas hubieran sido pagadas.

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

*(Firma de la persona que consigna la apelación)*

Contacto Escolar: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_