

**QUE NINGÚN NIÑO SE QUEDE ATRÁS (NCLB)**  
**APLICACIÓN PARA TRANSFERENCIAS DE ESCUELA Y/O SERVICIOS SUPLEMENTALES**  
**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOMPOC**

FECHA: \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR SOLICITANDO 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: (APELLIDO COMPLETO) \_\_\_\_\_ (PRIMER NOMBRE) \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 ESCUELA ACTUAL: \_\_\_\_\_ GRADO ACTUAL: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LOS PADRES/APODERADOS LEGALES (REQUERIDA):**

APLICANDO PARA TRANSFERENCIA DE ESCUELA       APLICANDO PARA SERVICIOS SUPLEMENTALES

**TRANSFERENCIA DE ESCUELA — FAVOR DE ASIGNAR POR ORDEN DE PRIORIDAD**

|   |   |   |
|---|---|---|
| PRIMERA OPCIÓN:   |   |   |
| SEGUNDA OPCIÓN:   |   |   |
| SOLICITA TRANSPORTE: (DEPENDE DE LA DISPONIBILIDAD DE FONDOS) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |   |   |
| FECHA RECIBIDA:   | SOLICITUD REVISADA CON LOS PADRES EN FECHA: | ASIGNACIÓN (PLACEMENT):<br>APROBADA _____<br>NEGADA _____<br><br>FIRMA: _____ |
| ACCIÓN TOMADA:  |   |   |

**SOLICITUD PARA SERVICIOS SUPLEMENTALES — FAVOR DE ASIGNAR POR ORDEN DE PRIORIDAD**

|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| <b>PRIMERA OPCIÓN:</b><br>NOMBRE DE PROVEEDORES ESTATALES:  |   |                     |
| DIRECCIÓN DE LOS PROVEEDORES:   | NO. TELÉFONO:   |                     |
| <b>SEGUNDA OPCIÓN:</b><br>NOMBRE DE PROVEEDORES ESTATALES:  |   |                     |
| DIRECCIÓN DE LOS PROVEEDORES:   | NO. TELÉFONO:   |                     |
| <b>TERCERA OPCIÓN:</b><br>NOMBRE DE PROVEEDORES ESTATALES:  |   |                     |
| DIRECCIÓN DE LOS PROVEEDORES:   | NO. TELÉFONO:   |                     |
| FECHA RECIBIDA:   | SOLICITUD REVISADA CON LOS PADRES EN FECHA:   | FECHA DEL CONTRATO: |
| ASIGNACIÓN (PLACEMENT):   |   |                     |
| ACCIÓN TOMADA:  |   |                     |
| <b>NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA – PARA USO DEL DISTRITO ESCOLAR SOLAMENTE</b>   |   |                     |
| PARTICIPA EN ALMUERZO : (MARQUE UNO SOLAMENTE) <input type="checkbox"/> GRATIS <input type="checkbox"/> REDUCIDO  |   |                     |
| NIVEL DE LENGUAJE EN CAASPP: (MARQUE UNO SOLAMENTE)<br><input type="checkbox"/> NO LOGRO EL ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> EXCEDIÓ EL ESTÁNDAR<br><input type="checkbox"/> CERCA DE LOGRAR EL ESTÁNDAR<br><input type="checkbox"/> LOGRO EL ESTÁNDAR | NIVEL DE MATEMÁTICAS EN CAASPP: (CIRCULE UNO)<br><input type="checkbox"/> NO LOGRO EL ESTÁNDAR <input type="checkbox"/> EXCEDIÓ EL ESTÁNDAR<br><input type="checkbox"/> CERCA DE LOGRAR EL ESTÁNDAR<br><input type="checkbox"/> LOGRO EL ESTÁNDAR |                     |

**NO CHILD LEFT BEHIND (NCLB)  
SCHOOL TRANSFER &/OR SUPPLEMENTAL SERVICES APPLICATION  
LOMPOC UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

DATE: \_\_\_\_\_ SCHOOL YEAR REQUESTING: 20\_\_ - 20\_\_  
 STUDENT: (FULL LAST NAME) \_\_\_\_\_ (FIRST NAME) \_\_\_\_\_  
 PARENT'S NAME: \_\_\_\_\_ STUDENT'S DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_  
 ADDRESS: \_\_\_\_\_ TEL. NUMBER: \_\_\_\_\_  
 SCHOOL CURRENTLY ATTENDING: \_\_\_\_\_ CURRENT GRADE LEVEL: \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN  
SIGNATURE(REQUIRED):** \_\_\_\_\_

APPLYING FOR SCHOOL TRANSFER

APPLYING FOR SUPPLEMENTAL SERVICES

**TRANSFER (PLEASE PLACE IN PRIORITY ORDER)**

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| FIRST CHOICE:   |                                  |  |
| SECOND CHOICE:  |                                  |  |
| TRANSPORTATION REQUESTED: (ONLY IF FUNDS ARE AVAILABLE) |                                  | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| DATE RECEIVED:  | REQUEST REVIEWED WITH PARENT ON: | PLACEMENT:<br>APPROVED _____<br>DENIED _____             |
|   |                                  | SIGNATURE: _____   |
| NOTES ON ACTIONS TAKEN:                                 |                                  |  |

**SUPPLEMENTAL SERVICES REQUEST --(PLEASE PLACE IN PRIORITY ORDER)**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>FIRST CHOICE:</b><br>STATE APPROVED PROVIDERS NAME:   |  |  |
| PROVIDERS ADDRESS:   |  | TEL. NUMBER:   |
| <b>SECOND CHOICE:</b><br>STATE APPROVED PROVIDERS NAME:  |  |  |
| PROVIDERS ADDRESS:   |  | TEL. NUMBER:   |
| <b>THIRD CHOICE:</b><br>STATE APPROVED PROVIDERS NAME:   |  |  |
| PROVIDERS ADDRESS:   |  | TEL. NUMBER:   |
| DATE RECEIVED:   | REQUEST REVIEWED WITH PARENT ON:   | CONTRACT ENTERED ON:   |
| PLACEMENT:   |  |  |
| NOTE ON ACTIONS TAKEN:   |  |  |
| <b>DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-FOR SCHOOL DISTRICT USE ONLY</b>   |  |  |
| LUNCH STATUS: QUALIFIES FOR (CHECK ONLY ONE)   |  | <input type="checkbox"/> FREE    OR <input type="checkbox"/> REDUCED   |
| CAASPP LANGUAGE ARTS LEVEL: (PLEASE CIRCLE)  | CAASPP MATH LEVEL: (PLEASE CIRCLE)   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> STANDARD NOT MET</li> <li><input type="checkbox"/> STANDARD NEARLY MET</li> <li><input type="checkbox"/> STANDARD MET</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> STANDARD</li> <li><input type="checkbox"/> EXCEEDED</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> STANDARD</li> <li><input type="checkbox"/> EXCEEDED</li> <li><input type="checkbox"/> STANDARD ME</li> </ul> |