Forma Clara

Solicitud de Área (Asistencia) Fuera del Distrito

Escuelas Públicas del Condado de Frederick
191 South East Street
Frederick, Maryland 21701

Student Services

Reg 430-04
Form #400-F01E
Noviembre 2026

La solicitud se puede enviar por correo electrónico: outofdistrict@fcps.org, por fax: 240-586-8849 o por correo postal a: Department of Student Services, 5898 Hannover Drive, Frederick, MD 21703. Si tiene alguna pregunta, llame a: 240-586-8817 o vía correo electrónico: outofdistrict@fcps.org

Nombre Legal del Estudiante (sin apodos) _____

La solicitud es para año escolar **20** ____ **- 20** ____

El grado en el que el niño estrará durante el año escolar solicitado anteriormente **SÓLO Grados K-12** ____

Información de Contacto (con quién reside el niño):

Nombre del Padre/Guarda	Número de Celular	Número de Casa	Número de Trabajo	Correo Electrónico
Nombre del Padre/Guarda	Número de Celular	Número de Casa	Número de Trabajo	Correo Electrónico

Dirección: _____
Nombre de la calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre de la última escuela a la que assistió: _____

Nombre de la escuela el estudiante debe asistir (de acuerdo con su dirección): _____

Nombre de la escuela solicitada para asistir: _____

La solicitud de Fuera del Distrito debe cumplir con una de las razones establecidas en la Regulación 430-04 de FCPS para ser considerada para aprobación. Si hay información falsa intencionada, la aprobación será denegada o revocada, y el niño será asignado a su escuela del distrito de origen. (Marque la razón apropiada a continuación).

☐ **Aceptado en Academia/Programa Especial** (**SÓLO Escuela Secundaria**): Nombre de Programa: _____
Debe presentar una copia de la carta de aceptación al programa. **Envíe documentación junto con la solicitud a outofdistrict@fcps.org en formato PDF.**

☐ **Cuidad del Niño- K thru 8º (GRADOS 9º A 12º: El padre/guarda debe presentar documentación que indique circunstancias, junto con la solicitud, enviándola a outofdistrict@fcps.org en formato PDF).**
Nombre de Proveedor de Cuidado de Niño: _____ Teléfono: _____

Dirección de Proveedor de Cuidado de Niño: _____
Nombre de la calle Ciudad Estado Código Postal

☐ **Salud Mental** – Debe presentar una recomendación por escrito de un psiquiatra que respalde la solicitud (para las solicitudes relacionadas con la salud mental, debe existir una relación terapéutica establecida con el estudiante). **Envíe documentación junto con la solicitud a outofdistrict@fcps.org en formato PDF.**

☐ **Traslado al distrito escolar solicitado** - Debe presentar la verificación de planes de buena fe para mudarse al distrito escolar solicitado (copia de un contrato de arrendamiento firmado, copia del contrato firmado, etc.). **Envíe documentación junto con la solicitud a outofdistrict@fcps.org en formato PDF.**

☐ **Hijo de Empleado Beneficiado:** _____
Nombre del Empleado Lugar de trabajo (oficina o nombre de la escuela)

☐ **El estudiante solicita permanecer en la escuela a la que asiste actualmente.** ***(No es para estudiantes en transición: Pre-K a K, de 5º a 6º, 8º a 9º).***

☐ **Hermano/a:** El estudiante solicita asistir a la escuela a la que asiste su hermano/a: ***PARA PRE-K: llame la oficina de Pre-K 240-586-7735***

☐ **Otro:** Explique motivos específicos de esta solicitud (consulte Reg. 430-04 de FCPS): ***Envie hoja separada detallando su razón.***

Nota: Si se concede la solicitud para asistir a una escuela diferente, el solicitante debe completar la inscripción en la escuela aprobada y proporcionar una prueba de residencia corriente. PARA TODAS LAS APROBACIONES DE FUERA DEL DISTRITO EL TRANSPORTE PARA EL ESTUDIANTE TAMBIÉN DEBE SER PROPORCIONADO POR EL SOLICITANTE.

EXCEPCIÓNES para transporte: El transporte sólo se proporcionará a/desde proveedores de cuidado infantil dentro del distrito escolar.

De lo contrario, es responsabilidad del padre/guarda proveer transporte para el estudiante a la escuela aprobada fuera del distrito.

He leído y entiendo estas condiciones y la Regulación 430-04: _____ _____
Firma del padre/guarda Fecha

LAS SOLICITUDES SIN FIRMA NO SERÁN PROCESADAS.

Al escribir su nombre arriba usted acepta los términos de la solicitud.