

SAN DIEGUITO UNION HIGH SCHOOL DISTRICT
Notificación de Apelación Sección 504
Solicitud de Audiencia de Proceso Debido Imparcial

FORMA K

Nombre del Estudiante: _____ **ID:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Grado:** ____ **Escuela:** _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

Por favor, provea la siguiente información:

Yo no estoy de acuerdo en las siguientes decisiones hechas por el Distrito en referencia a la identificación/evaluación/colocación educativa de mi estudiante bajo la Sección 504:

Declare los asuntos específicos para ser decididos en una audiencia de proceso debido imparcial:

Describa el resultado que a usted le gustaría obtener mediante la audiencia de proceso debido imparcial (el resultado que usted está solicitando, si el oficial de la audiencia diera el fallo a su favor):

Firma del Padre/Guardián/ Poseedor de los Derechos Educativos

Fecha

Para uso administrativo solamente /For Administrative use only:

Received by (Name):

Date: