

**FORMULARIO DE DECISIÓN Y APELACIÓN EN CUANTO A LA  
EXENCIÓN DEL PAGO DE CUOTAS**

Al padre o tutor legal de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Su solicitud para la exención del pago de cuotas fue aprobada.

Su solicitud para la exención del pago de cuotas fue negada por la siguiente razón:

\_\_\_\_\_ Su hijo(a) no reúne los requisitos bajo ninguna de las categorías elegibles.

\_\_\_\_\_ No tenemos suficiente información para decidir si su hijo(a) reúne los requisitos para la exención del pago de cuotas.

Sírvase enviarnos la siguiente información, o llamar a (nombre) \_\_\_\_\_ al  
(número) \_\_\_\_\_ lo más pronto posible a fin de finalizar el trámite de su solicitud.

\_\_\_\_\_ Explicaciones u otras razones por las cuales se rechazó la solicitud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del empleado de la escuela)

\*\*\*\*\*

**DERECHOS DE APELACIÓN DE LOS PADRES**

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, TIENE EL DERECHO DE APELAR.** Para apelar, envíe una carta (o el formulario “Aviso de apelación” impreso en la parte inferior de esta hoja) al director de la escuela y explique por qué no está de acuerdo con esta decisión. Incluya su nombre, el nombre de su hijo(a) y la fecha. **DEBE ENVIAR SU APELACIÓN POR CORREO O ENTREGARLA PERSONALMENTE DENTRO DE DIEZ DÍAS DESPUÉS DE RECIBIR ESTE AVISO.** *Guarde una copia de la apelación para sus registros.* Un representante de la escuela se pondrá en contacto con usted dentro de dos semanas después de recibir su apelación y le dará una cita para que se reúnan para hablar de sus inquietudes. Además recibirá una copia de la “Norma de apelación con relación a las cuotas escolares” del distrito escolar con una explicación detallada de las normas y los procesos de apelación. **SE SUSPENDERÁN TODOS LOS REQUISITOS DE PAGO DE CUOTAS HASTA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN FINAL ACERCA DE SU APELACIÓN.**

=====

**AVISO DE APELACIÓN**

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_, deseo apelar contra la decisión acerca de mi solicitud para la exención del pago de cuotas escolares por las siguientes razones:

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

**El nombre de mi hijo(a) es** \_\_\_\_\_

Sírvase fijar una reunión para hablar sobre esta apelación. Entiendo que todas las cuotas serán suspendidas hasta que se tome una decisión final, y que mi hijo(a) podrá participar plenamente en las actividades escolares durante este tiempo como si se hubiesen pagado las cuotas.

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona que presenta esta apelación) Fecha: \_\_\_\_\_