



Oficina de Inscripción Estratégica y Planificación de Programas
ZONAS DE OPCIÓN



2025-26 APELACIÓN DE LA ESCUELA ASIGNADA
FECHA LIMITE: VIERNES, 11 DE ABRIL, 2025

APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO	NÚMERO DE APARTAMENTO

()				
NO. DE TELÉFONO	ESCUELA QUE ASISTE ACTUALMENTE	GRADO ACTUAL	ZOC ESCUELA ASIGNADA	ESCUELA RESIDENCIAL DE PREFERENCIA (Ninguna escuela fuera de la zona o Magnet)

Instrucciones: Seleccione SOLO UN tipo de Apelación y proporcione la información requerida.

<input type="checkbox"/> APELACIÓN POR HERMANO(A)	<input type="checkbox"/> APELACIÓN POR EXTREMA DIFICULTAD	<input type="checkbox"/> APELACIÓN POR CONDICIÓN MÉDICA
---	---	---

Nombre completo del hermano(a) (Apellido, Nombre): _____ Fecha de Nacimiento: _____

**El hermano(a) debe asistir a la escuela de preferencia indicada arriba durante el mismo año escolar.*

DESCRIPCIÓN DE LA APELACIÓN Indique las razones específicas del porqué apela la asignación de la escuela en la Zona de Opción. Puede adjuntar documentos adicionales.

VERIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR: *Los documentos presentados como evidencia serán revisados cuidadosamente.*

Yo, _____, verifico que he leído el párrafo anterior y afirmo que la información presentada en
Nombre de Padre/Madre/Tutor relación a la apelación es veraz y precisa.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

ZOC OFFICE USE ONLY

Date Received: _____ Processed By: _____

Approved Reason: _____

Denied _____

INSTRUCCIONES DE LA APELACIÓN

Proceso de Apelación

La aprobación de apelaciones es basada en la información/documentación proporcionada a la oficina de las Zonas de Opción. También se considerará el espacio disponible en la escuela antes de colocar a un estudiante. Las apelaciones aprobadas se conceden a **SOLAMENTE A UNA ESCUELA** que pueda satisfacer las necesidades del estudiante, y no puede ser utilizada para colocarlo en otra escuela en su Zona.

El resultado de una apelación es definitivo. Una vez que la apelación es evaluada, una carta de aprobación o negación es enviada por correo dentro de 4-6 semanas.

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con el proceso de apelación, puede llamar a la oficina de las Zonas de Opción al (213) 241-0466.

Una vez que complete y firme su formulario de apelación, envíelo por fax o correo electrónico:

Fax No: (213) 241-4108 [Q](mailto:zoc@lausd.net) **Email: zoc@lausd.net**

Apelación por Hermano(a)

Los estudiantes que tengan un hermano/a o un familiar que viva en el mismo domicilio, y que asisten a la misma escuela de preferencia, pueden calificar para la apelación por hermano(a).

Apelación por Condición Médica

Los estudiantes que tienen una condición médica pueden presentar una apelación médica. Condiciones como el asma y mareo por movimiento, que son común en un gran número de estudiantes, generalmente no constituyen una dificultad médica.

Se considerarán apelaciones médicas sólo para los estudiantes que tienen una condición médica documentada por un médico acreditado, y que no puede ser adaptada en la escuela asignada.

Apelación por Extrema Dificultad

Lo padres/tutores pueden presentar una apelación por extrema dificultad si pueden demostrar que tienen una dificultad única que no se puede resolver en la escuela asignada. Tales dificultades pueden ser el resultado de una situación familiar única. Las circunstancias extenuantes pueden ser consideradas sólo para miembros de la familia que viven en la misma casa que el estudiante.

Los problemas que son comunes entre muchas familias no constituyen una dificultad única.

Las decisiones de la oficina de las Zonas de Opción son definitivas y no pueden ser apeladas.

FECHA LÍMITE: 11 DE ABRIL, 2025