



**Solicitud para cambiar la dirección donde se deja al estudiante después de clases  
en los casos de menores que reciben transporte especializado**

**Para tener en cuenta:**

- Estas solicitudes están sujetas a la disponibilidad de rutas y pueden ser rechazadas por falta de disponibilidad.
- Por lo general, estas solicitudes tardarán de 5 a 7 días hábiles o escolares para entrar en vigencia.
- **No** se aceptarán solicitudes de cambios para el mismo día.
- El padre o tutor principal del menor debe llenar este formulario, excepto en el caso de estudiantes en cuidado de crianza temporal, cuya agencia de cuidado puede presentarlo en nombre del padre o tutor y padre de crianza temporal. **Las escuelas no pueden preparar este formulario en nombre de un padre o tutor: el padre o tutor debe iniciar la solicitud y firmar este formulario.**

**Para enviar la solicitud:**

- Envíela por correo electrónico a [BusingExceptions@schools.nyc.gov](mailto:BusingExceptions@schools.nyc.gov).
- Hágala llegar al personal de la escuela para que ellos la envíen por correo electrónico a [BusingExceptions@schools.nyc.gov](mailto:BusingExceptions@schools.nyc.gov).
- Envíela por fax al (718) 610-3404.
- Envíela por correo postal a la dirección que figura en la parte superior, **ATTN: Afterschool Drop-Off Address.**

|   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| N.º de identificación estudiantil   | Nombre del estudiante  | Apellido del estudiante       |
| Fecha de nacimiento del estudiante (MM-DD-AAAA)   | Nombre del padre o tutor   | Apellido del padre o tutor    |
| Teléfono del padre o tutor  | Correo electrónico del padre o tutor   |                               |
| Código de la escuela (Distrito – Condado – Escuela)   | Nombre de la escuela actual  |                               |
| Nombre de la persona en la dirección solicitada para dejar al estudiante después de clases  |  |                               |
| Dirección de la persona en la dirección solicitada para dejar al estudiante después de clases   |  | Ciudad, Estado, código postal |
| Días de la semana en los que se dejará al estudiante en la dirección solicitada<br><input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes |  |                               |
| Fecha de inicio solicitada  | Motivo de la solicitud   |                               |
| Nombre de la persona responsable de recibir al estudiante en este lugar (OBLIGATORIO)   | Título o relación de la persona responsable de recibir al estudiante en este lugar (OBLIGATORIO) |                               |
| Teléfono de la persona responsable de recibir al estudiante en este lugar (OBLIGATORIO)   |  |                               |
| Firma de la persona responsable de recibir al estudiante en este lugar (OBLIGATORIA)  |  | Fecha (OBLIGATORIA)           |
| Firma del padre o tutor (OBLIGATORIA)   |  | Fecha (OBLIGATORIA)           |