



THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY
School Choice Application 2020-2021

Please return completed application to:
Email: choiceprogramapplication@osceolaschools.net
Fax: (407) 518-2975
Mail: Educational Choices and Innovation
 1200 Vermont Ave., St. Cloud FL 34769
For more information: (407) 870-4847

Deadline for all Choice Programs: February 3, 2020

Additional program information and requirements may be found in the 2020-2021 Choice Program Brochure: www.osceolaschools.net/choice

***Please read the application carefully. * Incomplete applications will not be processed.**

*** Applicants will be considered for their first option only. Second choices are considered if the district is unable to grant the first choice.**

| | | | | |
|---|-------------|------------------------------|-------------------|---------------------|
| Student Name: | | ID Number: | Current Grade: | Grade Applying For: |
| Gender: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Birth Date: | Parent(s)/Legal Guardian(s): | | Current School: |
| Ethnic Origins: (choose one) Hispanic or Non-Hispanic Race: (choose one) American Indian/Alaskan Asian/Pacific Islander Black/Non-Hispanic White/Non-Hispanic Native Hawaiian/Pacific Islander | | | | |
| Home Address: (street/ apt number, city, state, zip) | | | | |
| Mailing Address: (If different than above) | | | | |
| Home Phone: | | Cell Phone: | Alternate Number: | |
| Email of Parent(s)/ Legal Guardian(s): | | | | |

CHOICE SCHOOL SELECTION

Directions: Write your 1st & 2nd school of Choice below.

| | |
|---|----|
| Name 1st CHOICE School: → | |
| Name of Program: | 1. |
| Name 2nd CHOICE School: → | |
| Name of Program: | 1. |

*If you are requesting **MULTIPLE SIBLINGS** to attend the **SAME** school, list their names below. **ONE APPLICATION PER STUDENT IS REQUIRED**

1. _____ 2. _____ 3. _____

PRIORITY SELECTION - Please select only if applicable (Falsification of information provided on application could lead to ineligibility)

SIBLINGS: Priority will be granted to siblings (brother, sister, half-brother, half-sister, stepbrother, or stepsister) living in the same household. Name of **one (1) sibling who is already attending and will be attending** the same Choice school to which this applicant is applying:

| NAME OF SIBLING <u>ALREADY</u> ATTENDING THE CHOICE SCHOOL | PROGRAM | BI RTH DATE | GRADE |
|--|---------|-------------|-------|
| | | | |

- MILITARY:** Priority will be granted to dependent children of active military personnel whose move resulted from military orders. Please attach the military orders.
- SPECIAL CIRCUMSTANCES A:** Priority will be granted to children who have been relocated due to foster care placement. Please include supporting documentation.
- SPECIAL CIRCUMSTANCES B:** Priority will be granted to children who recently moved due to a court-ordered change in custody due to separation, divorce, or the serious illness or death of a custodial parent. Please include custody paperwork, parenting plan, signed court order or doctor/ hospital note as supporting documentation.
- DISTRICT EMPLOYEE:** Priority will be granted to children whose parent is currently employed by the School District of Osceola County.

Employee ID No. _____ Name of School or Dept. _____ Position _____

SIGNATURE: I have read, understand and agree to the following:

1. **Transportation will be responsibility of the parent**, unless applying for an eligible program. For eligible programs, read page four.
2. **Only one (1) application may be submitted per student.** For all new applicants, address changes must be submitted to the Charter Schools and Educational Choices Department in writing. Address changes for current district students must be done at the current school.
3. Students are obligated to accept the choice school they have indicated, if selected, or they **must return** to their **zoned school**.
4. Completion of this application does not guarantee admission.
5. If my child is not selected this year, I must reapply next year.
6. My signature below verifies, that I declare, under penalties of perjury, Pursuant to Florida Statute, Section 92.525, that I have read this application and the information stated in the application is true and correct. Falsification of information on the application could lead to ineligibility.
7. Incoming kindergarteners must be 5 years old by September 1, 2020.

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____



THE SCHOOL DISTRICT OF OSCEOLA COUNTY

Solicitud para los Programas de Selección 2020-2021

Favor de devolver la solicitud completada a:
Correo Electrónico:
choiceprogramapplication@osceolaschools.net
Fax: (407) 518-2975
Correo: Opciones Educativas e Innovación
 1200 Vermont Ave., St. Cloud FL 34769
Para más información: (407) 870-4847

Fecha límite para todos los programas de selección: 3 de febrero de 2020

Puede encontrar información y requisitos adicionales del programa en el Folleto de Programas de Selección 2020-2021: www.osceolaschools.net/choice

*** Por favor lea la solicitud cuidadosamente. * Las solicitudes incompletas no serán procesadas. * Una solicitud por estudiante. ***

*** Los solicitantes serán considerados solo para su primera opción. Se consideran las segundas opciones si el distrito no puede otorgar la primera opción.**

| | | | | | | | |
|---|----------------------|-----------------------|---------------------|---------------|--|---------------------|--|
| Nombre del Estudiante: | | Número de Estudiante: | | Grado Actual: | | Grado que Solicita: | |
| Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Fecha de Nacimiento: | | Padre(s)/Tutor(es): | | | Escuela Actual: | |
| Origen Étnico: <i>(marque uno)</i> Hispano o No-Hispano | | | | | | | |
| Raza: <i>(marque uno)</i> Nativo americano /Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacífico Afroamericano/No-Hispano Blanco/No-Hispano Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico | | | | | | | |
| Dirección Residencial: <i>(calle/ número de apartamento, ciudad, estado, código postal)</i> | | | | | | | |
| Dirección Postal: <i>(Si es diferente de la residencial)</i> | | | | | | | |
| Teléfono del Hogar: | | | Teléfono Celular: | | | Número Alternativo: | |
| Correo electrónico de los Padres/Tutores Legales: | | | | | | | |

ESCUELA DE SELECCIÓN

Instrucciones: Escriba su 1^{ra} & 2^{da} escuela de selección.

| | |
|--|----|
| Nombre de la 1^{ra} Escuela de Selección: | |
| <i>Nombre del Programa:</i> | 1. |
| Nombre de la 2^{da} Escuela de Selección: | |
| <i>Nombre del Programa:</i> | 1. |

* Si solicita **MÚLTIPLES HERMANOS** para asistir a la **MISMA** escuela, anote sus nombres a continuación. **SE REQUIERE UNA SOLICITUD POR ESTUDIANTE**

1. _____ 2. _____ 3. _____

SELECCIÓN POR PRIORIDAD - Seleccione solo si corresponde (la falsificación de la información proporcionada en la solicitud podría conducir a la no elegibilidad)

HERMANOS: Se otorgará prioridad a los hermanos (hermano, hermana, medio hermano, media hermana, hermanastro o hermanastra) que vivan en el mismo hogar. Nombre de **un (1) hermano que ya asiste y asistirá** a la misma escuela de selección a la que el solicitante está solicitando:

| NOMBRE DEL HERMANO | ESCUELA | PROGRAMA | FECHA DE NACIMIENTO | GRADO |
|--------------------|---------|----------|---------------------|-------|
| | | | | |

MILITAR: Se otorgará prioridad a los hijos dependientes del personal militar activo cuyo traslado fue resultado de órdenes militares. Por favor adjunte las órdenes militares.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES A: Se otorgará prioridad a los niños que han sido reubicados debido a la colocación en hogares de acogida. Por favor, incluya documentación de respaldo.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES B: Se otorgará prioridad a los niños que se mudaron recientemente debido a un cambio de custodia ordenado por la corte debido a la separación, el divorcio o la enfermedad grave o la muerte de un padre con custodia. Incluya documentación de custodia, plan de crianza, orden judicial firmada o nota del médico / hospital como documentación de respaldo.

EMPLEADO DEL DISTRITO: Se otorgará prioridad a los niños cuyos padres trabajan actualmente en el Distrito Escolar del Condado Osceola.

Núm. del Empleado _____ Nombre de la Escuela o Departamento: _____ Puesto: _____

FIRMA: He leído, entiendo y acepto lo siguiente:

1. La **transportación será responsabilidad de los padres**, a menos que soliciten un programa elegible. Para programas elegibles, lea la página tres.
2. Solo se puede presentar **una (1) solicitud por estudiante**. Para todos los nuevos solicitantes, los cambios de dirección deben presentarse por escrito al Departamento de Escuelas Chárter y Selecciones Educativas. Los cambios de dirección para los estudiantes actuales del distrito deben hacerse en la escuela actual.
3. Los estudiantes están obligados a aceptar la escuela de selección que han indicado, si se selecciona, o deben regresar a la escuela de su zona residencial.
4. La finalización de esta solicitud no garantiza la admisión.
5. Si mi hijo no es seleccionado este año, debo volver a presentar una solicitud el próximo año.
6. Mi firma a continuación verifica que, bajo pena de perjurio, declaro, de conformidad con el Estatuto de la Florida, Sección 92.525, que he leído esta solicitud y que la información indicada en la solicitud es verdadera y correcta. La falsificación de información en la solicitud podría conducir a la inelegibilidad.
7. Los niños de kindergarten entrantes deben haber cumplido 5 años de edad en o antes del 1^o de septiembre de 2020.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____