

# Oficina de Transporte

# 55 Major MacDonald Way • Wappingers Falls, NY 12590 • (845) 298-5225 x44104 • Fax (845) 298-5210

 **N. de registro: \_\_\_\_\_\_**

**Formulario de modificación de parada de autobús escolar**

Presentar un formulario separado por cada parada de autobús que quiera modificar. Envíe los formularios directamente al Departamento de Transporte antes del último día laboral de septiembre, o dentro de los 30 días de establecer residencia en el distrito.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR** |
| **Apellido:**      | **Nombre:**       | **Fecha:**       | **Teléfono del hogar:**       |
| **Domicilio:**     (no colocar casilla postal) | **Ciudad:**       | **Código postal:**       | **Celular:**        |
|  |  |  |  |

**Vivo en un área rural y tengo un buzón. Sí** **[ ]  No** **[ ]**

**Vivo en un pueblo y NO tengo un buzón. Sí** **[ ]  No** **[ ]**

**Se puede identificar mi buzón con números reflectantes de al menos 3 pulgadas en cada costado. Sí [ ]  No [ ]**

**Se puede identificar mi casa con números reflectantes de al menos 3 pulgadas cerca de la puerta de entrada. Sí** **[ ]  No** **[ ]**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL ALUMNO** |
| **Apellido:**      | **Nombre:**       | **Grado:**       | **Escuela:**       |
| **INFORMACIÓN DEL ALUMNO** |
| **Apellido:**      | **Nombre:**       | **Grado:**       | **Escuela:**       |
| **INFORMACIÓN DEL ALUMNO** |
| **Apellido:**      | **Nombre:**       | **Grado:**       | **Escuela:**       |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE MODIFICACIÓN DE PARADA DE AUTOBÚS** |
| **Lugar de parada de autobús actual que quiere modificar:**       |
|  |
| **Motivos de modificación por razones de seguridad:**       |
|  |
| **Lugar donde cree que la parada de autobús es más segura:**       |
|  |
| **Motivos por los que cree que la parada solicitada es más segura:**       |
|  |

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
| **T O B E C O M P L E T E D B Y W C S D T R A N S P O R T A T I O N D E P A R T M E N T** |
| **Date Received:**      | **Received By:**       | **Initial Review Decision: Approved** **[ ]**  **Disapproved** **[ ]**  |
|  |  |  |
| **Notification Date:**      | **Date Notification Mailed:**       | **Effective date of approved change:**       |
|  |  |  |