

Date request received: \_\_\_\_\_  
Date appeal form sent to parent/guardian: \_\_\_\_\_  
Person requesting appeal: \_\_\_\_\_

**GIFTED & TALENTED SERVICES APPEAL FORM – LEVEL 2**

Complete and return form within 10 business days of date at top to:  
Dustin Binnicker, Executive Director of Curriculum and Instruction  
51 Northgate Drive  
Waxahachie, TX 75165  
dbinnicker@wisd.org

**Conditions for Appeals:**

- Parents have substantial evidence to introduce that, when added to the existing information, creates a compelling ‘preponderance of evidence’ regarding the student’s need for program services.
- Parents have substantial evidence to introduce that an inconsistent or improper application of the identification process has occurred.

Parent’s Name \_\_\_\_\_

Relation to Student \_\_\_\_\_

Student’s Full Legal Name \_\_\_\_\_

Campus \_\_\_\_\_ Student Grade Level \_\_\_\_\_

Home Address  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Which condition(s) for appeal listed at the top of this document exists?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Provide supporting information for the existence of the conditions(s) you have listed.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please describe the outcome or remedy you seek for this complaint.

---

---

---

---

---

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Please note: A complaint form that is incomplete in any material way may be dismissed, but may be refiled with all required information if the refiling is within the designated time for filing a complaint.*

*Attach to this form any documents you believe will support your complaint. Please keep a copy of the completed form and any supporting documents for your records.*

*To be completed by Executive Director of Curriculum and Instruction.*

Date of Review \_\_\_\_\_

Action:  Overturn the original decision and recommend GT services.  
 Confirm the original decision.

Fecha que la solicitud fue recibida: \_\_\_\_\_  
Fecha de envío del formulario de apelación al padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Persona que solicita la apelación: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE APELACIÓN PARA SERVICIOS DE  
DOTADOS Y TALENTOSOS – NIVEL 2**

Complete y devuelva el formulario dentro de 10 días hábiles posteriores a la fecha en la parte superior a:  
Dustin Binnicker, Director Ejecutivo de Currículo e Instrucción  
51 Northgate Drive  
Waxahachie, TX 75165  
dbinnicker@wisd.org

**Condiciones para las apelaciones:**

- Los padres tienen evidencia sustancial para introducir que, cuando se añade a la información existente, crea una convincente “preponderancia de evidencia” con respecto a la necesidad del estudiante de servicios del programa.
- Los padres tienen evidencia sustancial para introducir que ha ocurrido una aplicación inconsistente o inapropiada del proceso de identificación.

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Nombre legal completo del estudiante \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Nivel de grado de estudiante \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Cual de la condición(es) para la apelación que se enumeran en la parte superior de este documento existe?

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

Proporcione información de apoyo para la existencia de las condiciones que ha enumerado.

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

Por favor describa el resultado o remedio que usted busca para esta queja.

---

---

---

---

---

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta: Un formulario de queja que esté incompleto puede ser desestimado, pero puede ser presentado de nuevo con toda la información requerida si está dentro del tiempo designado para presentar una queja.*

*Adjunte a este formulario cualquier documento que usted considere que respaldará su queja. Por favor guarde una copia del formulario completado y cualquier documento de apoyo para sus registros.*

*Será completado por el Director Ejecutivo de Currículo e Instrucción.*

Date of Review \_\_\_\_\_

Action: \_\_\_ Overturn the original decision and recommend GT services.  
      \_\_\_ Confirm the original decision.