



Marshall Elementary
Extended Day Program Application 2016-2017
Solicitud – Programa de día extendido
 1575 15th Street, San Francisco, CA 94103

Youth Information/Información Sobre el estudiante	
Date/Fecha	
Name/Nombre	
Home Phone/Teléfono de casa	
Home Address/Dirección de casa	
Grade/Grado	Ethnicity/Grupo Étnico
Birthday/Cumpleaños	Teacher/Maestro
Medical Information/Información Médica	
Family Doctor/Médico de la Familia:	Doctor's Phone/Teléfono del Médico:
Medical Insurance/Seguro Médico:	Policy Number/Número de Seguro Médico:
Does your child have any major health issues? / Tiene su hijo/a alguna condición médica?	
Allergies/Alergias	Asthma Diabetes
Other/Otro problema Médico: _____	
Please list any medications that your child takes./Por favor liste las medicinas que toma su hijo/a.	
What support services does your child receive? (e.g. reading interventions, speech and language therapy, counseling)¿Qué servicios de apoyo recibe su hijo?(intervenciones de lectura, terapia de lenguaje, terapia emocional)	
Anything else you would like us to know about your child? Cualquier otra cosa que quiera que sepamos acerca de su hijo?	

Parent-Guardian Information/Información de los Padres y Encargados	
1. Parent or Guardian/Nombre de Padre o Encargado	
Relationship/Relación	Preferred Language/Idioma Preferido
E-mail/ Correo Electrónico	Birthday/Cumpleaños
Home Phone/Tele de Casa:	
Work Phone/Teléfono del Trabajo:	
Cell Phone/Celular:	
Address (if different from youth)/Dirección (si diferente de la de su hijo/a):	
2. Parent or Guardian/Nombre de Padre o Encargado	
Relationship/Relación	Preferred Language/Idioma Preferido
Home Phone/Tele de Casa:	
Work Phone/Teléfono del Trabajo:	
Cell Phone/Celular:	
Address (if different from youth)/Dirección (si diferente de la de su hijo/a):	
Emergency Information/Información de Emergencia: Please list one person NOT A PARENT, who we can call in case of an emergency./Por favor dénos los nombres de una persona QUE NO SEA PADRE a la cuál podemos llamar en caso de emergencia	
Name/Nombre:	
Relationship/Relación:	
Phone/Teléfono:	
Address/Dirección:	

A copy of these agreements will also be given to all students the first day of program./Vamos a dar una copia de estos acuerdos a todos los estudiantes el primer día del programa.

Program Agreements

1. Stay on school grounds and in assigned areas during program time and stay with the group if on a field trip.
2. Use appropriate language at all times to peers and adults. Appropriate language is respectful and polite. Name calling, insults, or slurs will not be tolerated.
3. Keep our hands, feet, and objects to ourselves, and use our bodies safely. (No fighting, play-fighting, or inappropriate touching)
4. Respect public and private property by keeping walls, bathrooms, playground, classrooms, and planted areas neat and clean. If it doesn't belong to us, we leave it alone!
5. Bring to school only items that help us learn (we leave toys, weapons or toy weapons, gum, water balloons, and valuables at home).
6. We are responsible for our learning by participating with our group, doing our best work, listening when someone is talking, and completing our homework.

Acuerdos del Programa

1. Quedarse en la escuela y en los espacios designados durante las horas del programa y quedarse con el grupo durante los paseos.
2. Usar lenguaje apropiado con compañeros y adultos. Usar Lenguaje apropiado es respetuoso y cortés. No toleramos groserías ni insultos.
3. No manosear a nadie ni con los pies, ni con otros objetos. Mantener sobre todo la seguridad personal. (No pelear, fingir peleas, y tocar de una manera inapropiada.)
4. Respetar la propiedad privada y pública al mantener limpios y ordenados salones, los baños, las paredes, el patio y los jardines. ¡Si algo no nos pertenece pues no lo tocamos!
5. Solo traemos a la escuela las cosas que necesitamos para aprender. (Dejamos juguetes, armas o armas de juego, chicle, bombas de agua, y cosas de mucho valor en la casa)
6. Somos responsables de nuestro propio aprendizaje y participamos con nuestro grupo; siempre damos lo mejor de nosotros mismos, y hacemos nuestras tareas.

PARENT CONSENT – PLEASE SIGN BELOW

- I give permission for my child to join the Mission Graduates 2016-2017 Extended Day Program.
- **If my student has FIVE unexcused absences per semester, my space will be given to a student on the waiting list.**
- I give permission for my child to receive emergency medical treatment if needed.
- I give my permission for my child to be photographed, videotaped, and/or audiotaped for the purposes of students' learning and/or publicity for Mission Graduates Programs.
- I understand and will reinforce the Mission Graduates Program Agreements. I also understand that the Mission Graduates Program does not have an open door policy, and students may not come and go as they please. **Enrolled students are expected to stay with the program each day from 2:40pm – 6:00 pm** Mission Graduates is not responsible for participants who choose not to come on a particular day or who choose to leave early.
- I agree to hold harmless Mission Graduates and its partners, directors, officers, employees, and volunteers from any and all liabilities, demands, or claims for damage.

**CONSENTIMIENTO DE PADRE/
ENCARGADO - FAVOR DE FIRMAR**

- Yo doy permiso a mi hija/o de hacerse miembro/ del programa de día extendido el año 2016 -2017 con Mission Graduates.
- **Si mi hijo/a está ausente CINCO días sin excusa, daría mi cupo a otro estudiante en la lista de interés.**
- Doy mi permiso para que mi hija/o reciba tratamiento médico urgente si es necesario.
- Doy mi permiso para que tomen fotos, video, y audiocasette de mi hijo/a para el propósito del aprendizaje de los jóvenes y para la publicidad de Mission Graduates.
- Entiendo los acuerdos del programa y estoy dispuesto/a apoyarlos. También entiendo que el Programa del Centro de Tutoría de Mission Graduates no permite que los participantes asistan a su antojo. **Se espera que los participantes se queden con el programa desde las 2:40pm hasta las 6:00 pm.** No podemos trabajar con participantes que deciden no venir un día o que escogen irse temprano.
- Estoy de acuerdo en dejar libre de responsabilidades a Mission Graduates y a sus asociados, directores, oficiales, empleados y voluntarios en el caso de cualquier reclamo y/o demanda.

SIGNATURE

DATE

FIRMA

FECHA

Permission Slip for Field Trips
Extended Day Program 2016-2017

Dear Parents/Guardians,
We take a number of walking field trips during the year.
These walking field trips include, but are not limited to:

- Library (Mission Branch)
- Dolores Park, Garfield Park
- Other safe places in the community (i.e. community gardens, other library branches...)

AUTHORIZATION TO TREAT MINOR: In the event that I, or my physician of record, cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to Mission Graduates staff to secure proper treatment for my child.

WAIVER OF CLAIM: I understand that Mission Graduates and its partners cannot assume responsibility for injury, death, or property damage, not due to their negligence. I agree to hold harmless Mission Graduates and its partners, their directors, officers, employees, agents and volunteers from any and all liabilities, demands, or claims for damage.

I hereby grant permission for my son/daughter

_____ *(Name of Student)*

to participate in multiple walking field trips during the 2016-2017 school year Monday – Friday between 2:40pm-6:00pm. I understand that all students going on these trips must follow the agreements of the program and the instructions of the group leader and volunteers at all times. I also understand that students will return to Marshall Elementary School by 6:00pm and that I will be responsible for picking up my son/daughter at this time.

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Date

Emergency Phone Number

Permiso para Pasear en el Vecindario
Programa después de escuela 2016-2017

Padres/ Encargados Familiares,
Durante las horas del programa, iremos a pie a varios lugares dentro del Vecindario. Algunos de estos paseos a pie pueden ser pero no son limitados a:

- la biblioteca (Misión y calle 24)
- Parque Dolores, Parque de Garfield
- y otros "lugares seguros" dentro de la comunidad (jardines comunitarios, otras bibliotecas...)

AUTORIZACIÓN PARA DAR TRATAMIENTO MÉDICO A UN MENOR: En caso de presentarse una emergencia, si yo o el doctor de mi hijo/a no podemos ser localizados, doy permiso al personal de Mission Graduates para que asegure que mi hijo/a reciba el tratamiento de emergencia adecuado.

RENUNCIA DE HACER RECLAMO: Comprendo que Mission Graduates y sus asociados no pueden asumir responsabilidad por cualquier riesgo de accidente, muerte, o daños a propiedad que no sea causado por su negligencia. Estoy de acuerdo en librar de responsabilidad Mission Graduates y sus asociados, sus directores, oficiales, empleados, agentes, y voluntarios.

Doy permiso para que mi hijo/a

_____ *(Nombre de hijo/a)*

da a pie a varias excursiones dentro del vecindario entre el tiempo del programa de día extendido (2:40pm-6:00pm). Comprendo que todos los estudiantes que participarán en estas excursiones son responsables de mostrar siempre buena conducta con los maestros y con todos los adultos que los acompañarán. También, comprendo que los estudiantes regresarán a la escuela Marshall después de tales paseos antes de las 6:00 p.m. y que debo recoger a mi hijo/a a ésta hora.

Nombre de Padre/Encargado

Firma

Fecha

Numero de Emergencia

Student Release Form

Student Name: _____

For purposes of Mission Graduates, I authorize my child to be released from the program only with the following adults or young adults over the age of 12. (Please list the first and last name of the person/s.)

Name	Relationship	Phone Number

PLEASE CHECK ONE: For purposes of Mission Graduates Extended Day Program, my child can walk home alone from the after school program (fifth graders only). **YES** _____ **NO** _____

If you have a concern about an individual coming to pick up your child, please write name below and speak to the program director as soon as possible. _____

I understand that youth will not be released to an adult not on this form and that any changes need to be made in person, over the phone, or in writing.

Parent Signature

Date

Program Participation: Check Options

_____ **Full Attendance:** This is available to students who meet the following criteria:

- Your Child commits to the attendance policy and Can attend the Extended Day program Monday-Friday 2:40pm-6:00pm.
- Eligible for free or reduced lunch.

_____ **Flexible Attendance:** monthly payments based on days of attendance. Payments due monthly. This is available to students who:

- Need flexibility in afterschool attendance. Allows for those students who have other commitments or alternative activities during after school hours to attend the program at families discretion.
- Monthly Fees based on confirmed days of attendance: (choose option)

- _____ 1 day a week- \$90 a month
- _____ 2 days a week- \$175 a month
- _____ 3 days a week- \$225 a month
- _____ 5 days a week- \$350 a month

Forma de Adultos Autorizados para Recoger a su hijo/hija:

Nombre del Estudiante: _____

De acuerdo con lo reglamentado por el programa Mission Graduates, yo autorizo a que mi hijo/a sea recogido del programa solamente con los siguientes personas mayores de 12 años.

Nombre	Relación	Número de teléfono

POR FAVOR ESCOGE: De acuerdo a lo reglamentado por el programa después de escuela, mi hijo/hija PUEDE irse a solas desde el programa hasta nuestra casa (solo los estudiantes de quinto grado). **Sí** _____ **No** _____

Si hay un adulto que no está autorizado de recoger a su hijo/a, por favor escriba el nombre y hable con la directora del programa lo más pronto posible. _____

Yo entiendo que mi hijo/a no puede irse con ninguna persona que no esté en ésta lista y que si necesito cambiar ésta lista debo hacerlo en persona, por teléfono o por escrito.

Firma del Padre

Fecha

Participación en el Programa: Escoja una de las opciones

_____ **Asistencia completa:** Esto está disponible para los estudiantes que cumplan con los siguientes requisitos:

- Su hijo/a se compromete a las reglas sobre el asistencia y puede asistir al Programa de Después de Escuela 2:40-6:00 de lunes a viernes.
- Su hijo/a es elegible para almuerzo gratis o reducido.

_____ **Asistencia flexible:** luego mensualidades basados en días de asistencia. Los pagos tienen un vencimiento mensual. Esto está disponible para estudiantes que:

- Desean flexibilidad en la asistencia después de la escuela. Las cuotas mensuales son basadas sobre el número días de asistencia por semana:

- _____ un día a la semana - \$90 por mes
- _____ 2 días a la semana - \$175 por mes
- _____ 3 días a la semana - \$225 por mes
- _____ 5 días a la semana - \$350 por mes



Mission Promise Neighborhood (MPN) Consent Agreement for Data Disclosure and Sharing

By signing this agreement, you give your consent to disclose and share personally identifiable information on the person listed below with authorized partners in the Mission Promise Neighborhood.

The purpose of sharing this information is to allow the MPN to provide well-informed, coordinated services to participants and their families, to conduct ongoing evaluation and improvement of programs to better serve the community, and to report results of programs and activities to residents, partners, and funders.

The Mission Promise Neighborhood takes every precaution to protect personally identifiable information from unauthorized use or disclosure. Information obtained on persons shall not be published in a manner that will lead to the identification of any individual. This information is used solely for service provision and program evaluation purposes and identified information shall not be further re-disclosed to third parties not covered by this Consent Agreement without your prior written consent.

I understand that the records to be disclosed and shared with Mission Promise Neighborhood may include but are not limited to

Education records from San Francisco Unified School District:

- Enrollment information • Grade reports and transcripts • Attendance • English learner status
- Performance on state assessments

Records from Mission Promise Neighborhood service providers, including

- Intake information collected on participants (such as name, address, and date of birth)
- Participation data (such as services received, attendance dates, and length of time participating)
- Program results and assessments (such as tests results and observations by program staff)

I consent to the disclosure of the personally identifiable information described above to the following *Mission Promise Neighborhood* entities and partners:

MEDA, CAFE, CJ:JC, CCSFF, FSA, Good Samaritan, IFR, JCC, Juma Ventures, LRCL, Mission Graduates, MLVS, MNC, MNHC, Mission SF, PPS, Raising a Reader, Refugee Transitions, Seven Tepees, Streetside Stories, Support for Families, DCYF, First 5, UCSF, Mission Promise Neighborhood research partners at John W. Gardner Center for Youth and their Communities at Stanford University

Furthermore, I consent that the following parties may obtain the information described above stripped of any and all direct identifiers:

- The U.S. Department of Education and its authorized contractor(s)

This entity list is subject to change. For up to date information and questions, please go to <http://missionpromise.org/> or contact the Director of *Mission Promise Neighborhood*, Raquel Donoso at 415-282-3334 ext. 155 or Advisory Board Chair Leigh Philips at 415-282-3334 ext. 127. Signing this agreement constitutes the granting of consent for disclosure of protected education information under the *Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)*.

For **parent/guardian** of child(ren) 18 years old and under (please print clearly)

I, _____, as the Parent/Guardian of:

[Print Parent/Guardian First and Last Name]

Child's Full Name	Date of Birth	Gender (circle one)	Grade in	Name of School Attending (note PreK or daycare for infants)
		M / F		
		M / F		
		M / F		
		M / F		
		M / F		
		M / F		

consent to the release of personally identifiable information of the child(ren) named above, subject to the terms of this Consent Agreement.

For adults 18 years or older (please print clearly)

I, _____,
[First Last]

consent to the release of my personally identifiable information, subject to the terms of this Consent Agreement.

By signing this Consent Agreement, I agree that I have read and understood the above and consent to all of the above statements. I understand that signing this Consent Agreement is voluntary and is not a condition for receiving services from the *Mission Promise Neighborhood*. This Consent Agreement is valid for the duration of the *Mission Promise Neighborhood* initiative. I maintain the right to discontinue this permission at any time by contacting *Mission Promise Neighborhood* at 415-282-3334 ext. 107.

Signature: _____ Date: _____ Date of Birth: _____

For Mission Promise Neighborhood Use Only:

Partner Agency collecting this Consent Agreement: _____

Consent recorded in Promise Neighborhood case management system on (date): _____

Promise Neighborhood case management ID number: _____



Comunidad Promesa de la Mission/Mission Promise Neighborhood (MPN) Formulario de Consentimiento y Autorización para ceder información de Datos

Al firmar este formulario, usted está dando permiso para compartir datos e información suyos y de las personas enlistadas con La Agencia de Desarrollo Económico de la Mission (MEDA) y con las agencias que colaboran en la iniciativa Comunidad Promesa de la Mission.

El propósito de obtener este permiso es para permitirle a MEDA acceder e utilizar su información para proveer una mejor coordinación de servicios y apoyos a participantes de la Comunidad Promesa y sus familias, para evaluar cuáles programas o servicios benefician más a las familias que participan, y para mejorar la calidad de programas y servicios proveídos por las agencias de la Comunidad Promesa.

La Comunidad Promesa de la Mission tomará todas las precauciones necesarias para proteger la información personal e identificable recopilada y no compartirá dicha información sin la debida autorización. La información personal obtenida no será publicada de ninguna manera que pueda conectarse con ningún individuo en particular. Esta información será utilizada para propósitos de mejorar los servicios y programas proveídos y para reportar resultados de los programas. Esta información no será compartida con ningún grupo que no esté identificado en este formulario y siempre se le pedirá su permiso.

Entiendo que la información que se recopilará y compartirá con la Comunidad Promesa incluye, pero no es limitada a las siguientes:

Información Académica del Distrito Escolar de San Francisco:

- Matrícula escolar • Calificaciones • Estudiantes aprendientes del inglés
- Asistencia • Resultados de exámenes estatales

Información de la Comunidad Promesa y sus aliados:

- Forma de inscripción para servicios y programas
- Información de participación en programas y servicios
- Resultados y asesoramientos de los programas y servicios)

Doy consentimiento para compartir la información que descrita en esta forma con la Comunidad Promesa y a sus aliados quienes incluyen:

MEDA, CABE, CJ:JC, CCSFF, FSA, Good Samaritan, IFR, JCC, Juma Ventures, LRCL, Mission Graduates, MLVS, MNC, MNHC, Mission SF, PPS, Raising a Reader, Refugee Transitions, Seven Teepes, Streetside Stories, Support for Families, DCYF, First 5, UCSF y al grupo de estudios sociales de "John W. Gardner Center for Youth and their Communities at Stanford University."

Además, autorizo que las siguientes agencias reciban esta misma información pero sin datos personales identificables:

- El Departamento de Educación de los Estados Unidos y sus socios autorizados

La lista de aliados puede cambiar. Para más información sobre la información proveída en este documento, favor de visitar la página del web: <http://missionpromise.org/> o contacte a la directora de Comunidad Promesa de la Mission, la señora *Raquel Donoso* at 415-282-3334 ext. 155 o a la presidenta de la mesa directiva de MEDA, la señora *Leigh Philips* at 415-282-3334 ext. 127. La firma de este acuerdo constituye el otorgamiento del consentimiento para la divulgación de información sobre la educación protegido bajo los Derechos Educativos y Privacidad (FERPA).

Para **padre o guardián** de niños/niñas menores de 18 años de edad (favor de escribir legiblemente)

Yo, _____, como padre o guardián de:
 [Primer nombre e apellido]

Nombre de su hijo(s)	Fecha de nacimiento	Masculino/ Femenino (seleccione uno)	Grado	Nombre de escuela (incluya jardín de infancia o guardería)
		M / F		
		M / F		
		M / F		
		M / F		
		M / F		
		M / F		

doy mi consentimiento para compartir la información de cada menor de edad identificado arriba con forme a los términos de esta forma de consentimiento.

Para adultos mayores de 18 años de edad (favor de escribir legible)

Yo, _____,
 [Escriba el primer nombre y apellido]

doy el consentimiento para compartir mi información de acuerdo a los términos de esta forma de consentimiento.

Al firmar esta forma estoy en acuerdo de que he leído y entiendo todas las reglas e información mencionada. Entiendo que el firmar esta forma es totalmente voluntario y que no es un requisito para recibir servicios de la Comunidad Promesa. Esta forma es válida por el tiempo que dure los esfuerzos de la Comunidad Promesa. Mantengo el derecho de revocar esta forma cuando yo quiera llamando a la Comunidad Promesa al 415-282-3334 ext. 107

Firma: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

For Mission Promise Neighborhood Use Only:

Partner Agency collecting this Consent Agreement: _____

Consent recorded in Promise Neighborhood case management system on (date): _____

Promise Neighborhood case management ID number: _____