



Marshall Elementary School

Extended Day Program Application 2017-2018
 Solicitud – Programa de día extendido
 1575 15th Street, SF 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	
Birthday/Cumpleaños	
Relationship/Relación	Preferred Language/Idioma Preferido
E-mail/ Correo Electrónico	
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	
Birthday/Cumpleaños	
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):	
<i>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</i>	
Name/Nombre:	
Relationship/Relación:	
Phone/Teléfono:	
Address/Dirección:	

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 2017-2018 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 until 5:30pm 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.

SIGNATURE

DATE

CONSENTIMIENTO DE PADRE/ENCARGADO - FAVOR DE FIRMAR

- Yo doy permiso a mi hija/o de hacerse miembro/ del programa de día extendido el año 2017-2018 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 hasta las 5:30 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.

FIRMA

FECHA

Permission Slip for Field Trips
Extended Day Program 2017-2018

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 2017-2018 school year Monday – Friday between 2:40pm-5:30pm. 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 by 5:30pm 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 2017-2018

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 Garfieldy
- 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-5:30pm). 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 5:30 p.m. y que debo recoger a mi hijo/a a ésta hora.

Nombre de Padre/Encargado

Firma

Fecha

Numero de Emergencia

Income Verification Form

If you do not have a Free or Reduced Lunch letter and require a partial/full scholarship:

The information requested below is required by Mission Graduates to determine partial tuition scholarships for monthly program fees. Please fill out the form below, attach the following items:

- 1) two months of pay stubs
- 2) last year's taxes

Return everything to the Mission Graduates office at the school or the agency office at 3040 16th St.

Parent 1 Name:
Parent 1 Signature:
Address:
Phone:
Position Held:
Wages Earned
Weekly:
Biweekly:
Monthly:
Other:
Name of Company:
Address of Company:
Phone:

Parent 2 Name:
Parent 2 Signature:
Address:
Phone:
Position Held:
Wages Earned
Weekly:
Biweekly:
Monthly:
Other:
Name of Company:
Address of Company:
Phone:

I verify that the above statement is true under penalty of perjury.

Signature

Name (print)

I verify that the above statement is true under penalty of perjury.

Signature

Name (print)

Formulario de verificación de ingresos

Si no tiene un documento de Almuerzo Gratis o Reducido y necesita una beca completa o parcial:

La información solicitada a continuación es requerida por los Graduados de la Misión para determinar las becas de matrícula parcial para las tarifas mensuales del programa. Por favor llene el siguiente formulario:

- 1) dos meses de talones de pago
- 2) los impuestos del año pasado

Por favor devuélvalo todo a la oficina de la Mission Graduates en la escuela o en la oficina de la agencia 3040 16th SF CA 94103

Nombre de Padre 1:
Firma de Padre 1:
Dirección:
Teléfono:
Posición de trabajo:
Salario
Semanal:
Quincenal:
Mensual:
Otro:
Nombre de la compañía:
Dirección:
Teléfono:

Nombre de Padre 2:
Firma de Padre 2:
Dirección:
Teléfono:
Posición de trabajo:
Salario
Semanal:
Quincenal:
Mensual:
Otro:
Nombre de la compañía:
Dirección:
Teléfono:

Compruebo que la declaración anterior es verdad bajo pena de perjurio.

Firma

Nombre (imprimir)

Compruebo que la declaración anterior es verdad bajo pena de perjurio.

Firma

Nombre (imprimir)

Mission Graduates Extended Day Program Monthly Fee Sliding Scale

Application Fee:

\$100 Application Fee required for **all families**. Fee non-refundable if student enters program.
Application Fee waived for Homeless and Foster Families.

Free or Reduced Lunch:

No monthly fees. Please provide Income Verification or Free and Reduced Lunch document.

Monthly Fees on Sliding Scale:

See chart below to determine monthly fees for your student.

Monthly Fee Based on Days/Week

Days/Week	1 day	2 days	3 days	5 days
Free and Reduced Lunch/	\$0	\$0	\$0	\$0
20% of Fees	\$18	\$35	\$45	\$70
40% of Fees	\$36	\$70	\$90	\$140
60% of Fees	\$54	\$105	\$135	\$210
80% of Fees	\$72	\$140	\$180	\$280
100% of Fees	\$90	\$175	\$225	\$350

Determine % of Fees Based on Income and Family Size Below:

Family Size and Monthly Income

	2	3	4	5+
Free and Reduced Lunch	\$2154 and under	\$2426 and under	\$2691 and under	\$2906 and under
Pay 20% of Fees	\$2155-\$2870	\$2426-\$3233	\$2692-\$3591	\$2907-\$3874
Pay 40% of Fees	\$2871-\$3590	\$3234-\$4040	\$3592-\$4487	\$3875-\$4845
Pay 60% of Fees	\$3591-\$4308	\$4041-\$4845	\$4488-\$5382	\$4846-\$5816
Pay 80% of Fees	\$4309-\$5025	\$4846-\$5654	\$5383-\$6263	\$5817-\$6783
Pay 100% of Fees	\$5026 and up	\$5655 and up	\$6264 and up	\$6784 and up

Mission Graduates Extended Day Program
Escala de Tarifas Mensual

Cuota de Solicitud:

\$100 Cuota Annual de Aplicación para **TODOS LAS FAMILIAS**. No reembolsable si el niño/a entra en el programa. Familias sin hogar y acogida no pagan la cuota de solicitud.

Almuerzo Gratis o Reducido:

Sin cuotas mensuales. Se requiere verificación de ingreso o documento de Almuerzo Gratis o Reducido.

Escala de Tarifas Mensual:

Vea la tabla abajo para determinar el pago mensual para su estudiante.

Cargo Mensual

Days/Week	1 día	2 días	3 días	5 días
Almuerzo Gratis o Reducido	\$0	\$0	\$0	\$0
20% de copago	\$18	\$35	\$45	\$70
40% de copago	\$36	\$70	\$90	\$140
60% de copago	\$54	\$105	\$135	\$210
80% de copago	\$72	\$140	\$180	\$280
100% de copago	\$90	\$175	\$225	\$350

Determinar el porcentaje de honorarios basado en el ingreso y el tamaño de la familia abajo:

Tamaño de familia y Ingreso Mensual

	2	3	4	5+
Almuerzo Gratis o Reducido	\$2154 y menos	\$2426 y menos	\$2691 y menos	\$2906 y menos
20% de copago	\$2155-\$2870	\$2426-\$3233	\$2692-\$3591	\$2907-\$3874
40% de copago	\$2871-\$3590	\$3234-\$4040	\$3592-\$4487	\$3875-\$4845
60% de copago	\$3591-\$4308	\$4041-\$4845	\$4488-\$5382	\$4846-\$5816
80% de copago	\$4309-\$5025	\$4846-\$5654	\$5383-\$6263	\$5817-\$6783
100% de copago	\$5026 y mas	\$5655 y mas	\$6264 y mas	\$6784 y mas

Mission Graduates Extended Day Billing Policies

Please use the worksheet below to calculate monthly fees. The \$100 Application Fee will only be charged one time.

Fee Type		Amount				Fees Worksheet
Application Fee		\$100 (one-time fee)				
Monthly Fee		Fee (see sliding scale)				
5 days/week	\$350	\$280	\$210	\$140	\$70	
3 days/week	\$225	\$180	\$135	\$90	\$45	
2 days/week	\$175	\$140	\$105	\$70	\$35	
1 day/week	\$90	\$72	\$54	\$36	\$18	
Total:						

By signing below, I acknowledge and agree to the following:

- I understand that I am billed for the schedule I choose above for my student. My student's attendance or absence does not change the monthly fee due.
- I understand that payment for the month's care is due 10 days before the first of the month. A \$15 fee will be applied to my account for late payments.
- Returned check will be assessed fee of \$25.00; credit or debit card decline fee of \$10.00; credit or debit chargeback fee of \$35.00.
- I understand that I must give 30 days notice in writing to withdraw my student from the program.
- I understand I must give two weeks notice to change my student's schedule by filling out a schedule change form.
- I understand August and December will be prorated and are the only prorated months.
- No credit or reduction in program fees payment is offered due to missed sessions.
- Make checks or Money Orders payable to Mission Graduates, for credit cards and debit cards, use the Credit Card Authorization form on the following page.

Parent/Guardian Name

Signature

Date

Student Name and Grade

Credit Card/Debit Card Authorization

The undersigned hereby declares that the credit information listed above is true, accurate and appears in the name as stated. I authorize my credit card company to accept and to charge my account for purchases initiated Mission Graduates in the amount stated below. Authorization is hereby given to Mission Graduates to use this information and such information shall remain in full force and affect unless I revoke such authorization in writing.

This program fees are a recurring monthly fee that is charged in advance each month until canceled and subject to the terms described below.

Parent/Guardian agrees to have funds available at least 3 days prior to due date. Mission Graduates is not responsible for any bank fees incurred by individual. Mission Graduates has the sole right to modify any payment due date and to resubmit returned/declined items without prior notice. This membership will continue until such time as Mission Graduates receives a 30-day written notice of cancellation. Program fees due will be prorated at the time of cancellation.

Mission Graduates San Francisco will appear on your bank/ credit card statement. Any account more than 30 days past due will be charged a \$15 late fee.

This Billing Agreement is part of the Student Application Package and is subject to and limited by its terms, conditions and restrictions. By signing this Agreement I agree to pay the balance set forth in the Agreement. I acknowledge having read this Agreement in its entirety and I fully understand and agree to comply with all of its terms and provisions.

I have read this agreement and acknowledge that once it is signed by me it is a legally binding and enforceable obligation and I agree to comply with all the provisions, terms, and conditions set forth on both sides of this agreement. I acknowledge that I have received a copy of this agreement.

Please charge my card a one-time fee of \$100 for the program registration fee.

Please charge my card \$_____ for monthly program fees.

Credit Card Information

Name as appears on the card: _____

Card Number: _____ Expiration: _____

Security Code/CVV No: _____ Card type: Mastercard _____ Visa _____ Amex _____

Billing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature of Cardholder

Printed Name

Date

Cargos del program extendido de Mission Graduates

Utilice el siguiente hoja de trabajo para calcular las cuotas mensuales. La cuota de solicitud de \$100 solo se cobrará una vez.

Tipo de tarifa		Cantidad				Hoja de cálculo
Cargo de Solicitud		\$100 (una vez)				
Monthly Fee		Cuota (escala de tarifas mensual)				
5 días/semana	\$350	\$280	\$210	\$140	\$70	
3 días/semana	\$225	\$180	\$135	\$90	\$45	
2 días/semana	\$175	\$140	\$105	\$70	\$35	
1 día/semana	\$90	\$72	\$54	\$36	\$18	
Totalidad:						

Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo entiendo que los cargos son para el horario que yo le escogí para mi estudiante. La asistencia o ausencia de mi hijo no cambia los cargos mensuales que debo pagar.
- Yo entiendo que el pago por el cuidado del mes se debe 10 días antes del primer día del mes. Un cargo de \$15 será aplicado a mi cuenta por pagos tardes.
- Cheque sin fondos tendrán cargos de \$25.00; tarjeta de crédito o débito que fue revocado tendrá un cargo de \$10.00; Devoluciones en tarjeta de crédito o débito tendrán cargos de \$35.00.
- Yo entiendo que tengo que dar 30 días de aviso por escrito a retirar mi estudiante del programa. Yo entiendo que tengo que dar aviso de dos semanas para cambiar el horario de mi estudiante al completar una forma de cambio de horario.
- Entiendo agosto y diciembre serán prorrateados y son los únicos meses prorrateados. No tengo crédito o reducciones de cargos en el programa si hay ausencia a las sesiones.
- Haga los cheques o giros postales a nombre Mission Graduates, para tarjetas de crédito y débito, utilice el formulario de autorización de tarjeta de crédito en la página siguiente.

Padre/Nombre de Guardia

Firma

Fecha

Nombre de Estudiante y Grado

Tarjeta de Crédito / Tarjeta de Débito de Autorización

El firmante declara que la información de crédito que aparece arriba es verdadera, exacta y aparece en el nombre como se indica. Yo autorizo a mi compañía de tarjeta de crédito para aceptar y cargar mi cuenta para las compras iniciadas Mission Graduates en la cantidad indicada a continuación. Autorización de la presente se da a Mission Graduates de utilizar esta información y esa información permanecerá en pleno vigor y afectar a menos que yo lo revoque dicha autorización por escrito.

Los cargos del programa son recurrentes mensuales que se cobran por adelantado cada mes hasta que se cancele y sujeto a los términos que se describen a continuación.

Padre / guardia se compromete a contar con fondos disponibles por lo menos 3 días antes de la fecha de vencimiento. Mission Graduates no es responsable por los cargos bancarios efectuados por individual. Mission Graduates tiene el derecho exclusivo de modificar cualquier fecha de pago y de volver a enviar los artículos devueltos / declinado sin previo aviso.

Esta membresía continuará hasta el momento en Mission Graduates recibe un aviso de 30 días de cancelación por escrito. Los cargos del programa debido serán prorrateados en el momento de la cancelación. Mission Graduates San Francisco aparecerá en su extracto de banco / crédito. Cualquier cuenta de más de 30 días de tarde se cobrará un cargo de \$ 15 adicionalmente.

Esta forma de contrato es parte del paquete de solicitud de admisión y está sujeta y limitada por sus términos, condiciones y restricciones. Al firmar este contrato estoy de acuerdo en pagar los cargos de esta forma. Reconozco que he leído este contrato en su totalidad y que entiendo completamente y estoy de acuerdo para cumplir con todos sus términos y disposiciones.

He leído este contrato y reconozco que una vez que sea firmado por mí es una obligación jurídicamente vinculante y exigible y estoy de acuerdo en cumplir con todas las cláusulas, los términos y condiciones establecidos en ambos lados de este acuerdo. Reconozco que he recibido una copia de este acuerdo

Por favor cargue mi tarjeta por única vez de \$100 para la registraci3n del programa.

Por favor cargue mi tarjeta para los pagos mensuales para los cargos del programa de \$_____.

Informaci3n de Tarjeta de Cr3dito

Nombre Que Aparece en Tarjeta de Cr3dito: _____

N3mero de Cr3dito: _____ Expiraci3n : _____

C3digo de Seguridad/CVV No: _____ Clase de Cr3dito : MasterCard _____ Visa _____ Amex _____

Direcci3n de Envi3: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C3digo Postal: _____

Firma

Nombre

Fecha



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, 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 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: _____