

July 6, 2017

Dear Sanchez Elementary Parents/ Legal Guardians,

We are excited to be partnering this year with Sanchez Elementary to provide our Extended Day Program for the Sanchez community. Mission Graduates commits to high level of excellence in our programming and are committed to bringing exciting and engaging enrichment opportunities that you will want to have your child participate in.

The Sanchez Extended Day Program is a collaboration between Mission Graduates, Sanchez Elementary School, SFUSD ExCEL After School Program, and the S.F. Department of Children, Youth and their Families. Our program provides engaging enrichment programming, structured and team-based physical recreation, and academic, English language Development, & literacy support.

**Days and Hours:** Monday August 21st, 2017 through Wednesday June 6th, 2018, Monday-Friday from 2:05 pm-6:00 pm on regular school days, and 12:50 pm – 6:00 pm on Thursdays.

This coming year we will be offering two ways that students and families can participate:

**Full Attendance:** \$100 application fee for the school year—total amount due August 21, 2017. This is available to students who meet each of the following criteria:

- Commit to the attendance policy and CAN attend the Extended Day program Mon-Fri 2:05pm-6:00pm.
- **Eligible for free or reduced lunch.**
- Reading one or more grade levels below current grade or other academic gaps, or is an English
- Language Learner.

**Flexible Attendance:** \$100 application fee and then monthly payments based on days of attendance. Payments due monthly. This is available to students who:

- Want flexibility in afterschool attendance. Allows for those students who have other commitments or alternative activities during after school hours to attend the program at their families' discretion.

Monthly Fees based on confirmed days of attendance:

2 days a week- \$175 a month

3 days a week- \$225 a month

5 days a week- \$350 a month

If you are interested in enrolling your child in the Extended Day Program for fall, please fill out the attached application and **return by August 14th, 2017**. Completed applications can be mailed or dropped off anytime at the Mission Graduates office at 3040 16th Street, San Francisco CA 94103. Students will be selected into the program based on need and in consultation with the Sanchez Elementary School staff.

Thank you for applying to the Mission Graduates Extended Day Program. If you have any questions, feel free to contact me at [charlotte@missiongraduates.org](mailto:charlotte@missiongraduates.org) or 415-864-5205.

Sincerely,

Charlotte La Riviere  
Sanchez Extended Day Program Director  
Mission Graduates

06 de julio de 2017



Estimados padres o guardianes legales de la escuela Sanchez,

Estamos muy emocionados de trabajar este año con la escuela Sanchez y establecer nuestro Programa Después de Escuela aquí. Mission Graduates se compromete a un alto nivel de excelencia en nuestra programación y estamos comprometidos a brindar oportunidades de enriquecimiento emocionantes y atractivas en las que deseará que su hijo participe

Nuestro Programa Después de Escuela es una colaboración entre Mission Graduates, la escuela Sanchez, el programa ExCEL del Distrito Unificado de San Francisco y el Departamento de la Ciudad de San Francisco para los Niños, Jovenes y sus Familias (conocido como DCYF, por sus siglas en inglés). Nuestro programa ofrece atractiva programación de enriquecimiento, estructuras basadas en la recreación física, apoyo académico y alfabetización.

**Días y Horas:** El 21 de agosto de 2017 hasta el 6 de junio de 2018, de lunes a viernes de 2:05-6:00 y de jueves de 12:50-6:00. Este año estaremos ofreciendo dos maneras que pueden participar los estudiantes y familias:

**Asistencia completa:** Cuota de solicitud de \$100.00 para todo el año escolar — La cantidad total se debe pagar antes del 21 de agosto de 2017. Esto está disponible para los estudiantes que cumplan con cada uno de los siguientes requisitos:

- Su hijo/a se compromete a las reglas sobre el asistencia y puede asistir al Programa de Después de Escuela 2:05-6:00 de lunes a viernes.
- **Su hijo/a es elegible para almuerzo gratis o reducido.**
- Su hijo está leyendo a un nivel bajo del promedio de su grado, es aprendiz de inglés o está experimentando algunas brechas académicas.

**Asistencia flexible:** Cuota de solicitud de \$100 y luego cuotas mensuales basados en sus días de asistencia. Los pagos se deberían de pagar cada mes. Esto está disponible para estudiantes que:

- Desean flexibilidad en la asistencia después de la escuela. Permite a los estudiantes que tienen otros compromisos o actividades alternativas después de horas escolares participar en el programa a
- discreción de las familias.
- Las cuotas mensuales son basadas sobre el número días de asistencia por semana:
  - 2 días a la semana - \$175 por mes
  - 3 días a la semana - \$225 por mes
  - 5 días a la semana - \$350 por mes

Si está interesado en inscribir a su hijo en el Programa de Día Extendido para el otoño, complete la solicitud adjunta y **regresa antes de lunes, 14 de agosto**. Las solicitudes completadas pueden enviadas o dejadas en cualquier momento en la oficina de Mission Graduates en 3040 16th Street, SF CA 94103. Los estudiantes serán seleccionados en el programa basado en su nivel de necesidad y en consulta con el personal de la Escuela Primaria Sánchez.

Gracias por aplicar al Programa de Después de Escuela de Mission Graduates. Esperamos trabajar con usted/ es en este próximo año escolar. Si usted tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo por correo a [charlotte@missiongraduates.org](mailto:charlotte@missiongraduates.org) o llame al 415-864-5205.

Sinceramente,

Charlotte La Riviere  
Directora de Programa de Después de Escuela en Sanchez  
Mission Graduates



## Sanchez Elementary School

Extended Day Program Application 2017-2018  
 Solicitud – Programa de día extendido  
 325 Sanchez Street San Francisco, CA 94114

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 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.

\_\_\_\_\_  
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 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.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA





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 Aplicacion para **TODOS LAS FAMILIAS**. No reembolsable si el niño/a entra en el programa. Familias sin hogar y acogida no paga 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	\$0-\$350	
3 days/week	\$0-\$225	
2 days/week	\$0-\$175	
1 day/week	\$0-\$90	
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	\$0-\$350	
3 días/semana	\$0-\$225	
2 días/semana	\$0-\$175	
1 día/semana	\$0-\$90	
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 registración del programa.

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

### Información de Tarjeta de Crédito

Nombre Que Aparece en Tarjeta de Crédito: \_\_\_\_\_

Número de Crédito: \_\_\_\_\_ Expiración : \_\_\_\_\_

Código de Seguridad/CVV No: \_\_\_\_\_ Clase de Crédito : MasterCard \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ Amex \_\_\_\_\_

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha