

Dear Alvarado Parents/ Legal Guardians,

We are excited to be partnering this year with Alvarado Elementary School to provide our Extended Day Program for the Alvarado community. For those of you who have been a part of the GLO program, we commit to the same high level of excellence you have been already receiving and bringing exciting and engaging enrichment opportunities that you will want to have your child participate in. Take a look at our attached flyer to get a better understanding of what Mission Graduates offers.

The Extended Day Program, a partnership between Mission Graduates and Alvarado Elementary School, provides engaging enrichment programming, structured and team-based physical recreation, and academic & literacy support. We are responsive to Alvarado families- we want to create a program that meets your needs for afterschool programming and enrichment!

Day and Hours of operation are Monday August 20th, 2018 through Tuesday June 4th, 2019, Monday-Friday from 1:50 pm-6:00 pm on regular school days. This coming year we will be offering 3 ways that students and families can participate:

Scholarship: \$100 application fee or the school year—fee due to reserve your child’s spot. This is available to students who meet the following criteria:

- Your child commits to the attendance policy and will attend the Extended Day program Monday-Friday until 6:00pm.
- Family income qualifies student for **free or reduced lunch**. (Income verification required).

Full Fee: \$100 application fee and then monthly payments based on days of attendance. Payments due monthly and based on confirmed days of attendance:

- 2 days a week- \$150 a month
- 3 days a week- \$225 a month
- 4-5 days a week- \$350 a month

Partial Scholarship: \$100 application fee for the school year— fee due to reserve your child’s spot. For families with income higher than free and reduced lunch eligibility but not able to afford full fee, we provide partial scholarships. Income verification required.

If you are interested in enrolling your child in the Extended Day Program for fall, please fill out the attached application. ***If you completed an application with GLO for your child, you will still need to complete a new one for Mission Graduates. Completed applications can be mailed or dropped off anytime in the Mission Graduates box at the Alvarado Office or Mission Graduates office at 3040 16th Street, San Francisco CA 94103.***

Thank you for applying to the Mission Graduates Extended Day Program. If you have any questions, feel free to contact me at natalie@missiongraduates.org or 415-864-5205 ext 101.

Sincerely,
Natalie Guandique
Senior Director of Curriculum and Program Design
Mission Graduates

Estimados padres de la escuela Alvarado / Guardianes legales,

Estamos muy contentos de asociarnos este año con la escuela Alvarado para ofrecer nuestro Programa de Día Extendido para la comunidad Alvarado. Para aquellos de ustedes que han sido parte del programa después de clases de GLO, nos comprometemos con el mismo alto nivel de excelencia que ustedes ya han estado recibiendo y traer oportunidades emocionantes de enriquecimiento que ustedes querrán que su hijo/a participe. Miren nuestro folleto adjunto para obtener una mejor comprensión de lo que ofrece Mission Graduates.

El Programa día extendido, una colaboración entre Mission Graduates y la escuela Alvarado, es una programación enriquecida atractiva, recreación física estructurada y basada en equipo, y desarrollo académico, desarrollo del idioma inglés y apoyo a la alfabetización. Somos receptivos a las familias de Alvarado, y queremos crear un programa que satisfaga sus necesidades de programación.

El día y las horas de operación son desde el lunes 20 de agosto de 2018 hasta el martes 4 de junio de 2018, de lunes a viernes de 1:50 pm a 6:00 pm los días escolares regulares. Este próximo año, ofreceremos 3 maneras en las cuales estudiantes y familias pueden participar:

Beca: cuota de solicitud de \$ 100 o el año escolar que pago debido a reservar un espacio para su hijo. Está disponible para estudiantes que cumplan con los siguientes criterios:

- Su hijo/a se compromete a asistencia y asistirá al programa de Día Extendido de lunes a viernes hasta las 6:00 pm.
- El ingreso familiar califica al estudiante para almuerzo gratis o reducido. (Se requiere verificación de ingresos)

Beca parcial: tasa de solicitud de \$100 que pago debido a reservar un espacio para su hijo y 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. 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 - \$150 mensuales
 - 3 días a la semana - \$225 por mes
 - 5 días a la semana - \$350 por mes

Cantidad total: \$ 100 de cuota de solicitud y luego los pagos mensuales basados en los días de asistencia. Pagos mensuales y con base en los días confirmados de asistencia:

- 2 días a la semana- \$ 150 al mes
- 3 días a la semana- \$ 225 al mes
- 4-5 días a la semana- \$ 350 al mes

Si está interesado en inscribir a su hijo en el Programa de Día Extendido para el otoño, complete la solicitud adjunta.

Si completó una solicitud con GLO para su hijo, igual deberá completar una nueva para Mission Graduates. Las solicitudes completadas pueden enviarse por correo o dejarlas en cualquier momento en **la oficina de Alvarado o la oficina de Mission Graduates en 3040 16th Street, San Francisco CA 94103.**

Gracias por solicitar al Programa de Día Extendido de Mission Graduates. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo a natalie@missiongraduates.org 415-864-5205 ext 101

Sinceramente,
Natalie Guandique
Directora Principal de Currículo y Diseño de Programas
Mission Graduates



Alvarado Elementary School

Extended Day Program Application 2018-2019
Solicitud – Programa de día extendido
625 Douglass SF CA 94114

Student Information/Información Sobre el estudiante	
Name/Nombre	
Home Phone/Teléfono de casa	
Home Address/Dirección de casa	
Grade (2018-2019)/Grado:	Birthday/Cumpleaños
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? ¿Qué servicios de apoyo recibe su hijo? <input type="checkbox"/> Reading interventions/ intervenciones de lectura <input type="checkbox"/> Counseling/ terapia emocional <input type="checkbox"/> Speech and language therapy/erapia de lenguaje <input type="checkbox"/> IEP/504 <input type="checkbox"/> Other/Otra _____	
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 2018-2019 Extended Day Program.
- If my FULL Attendance 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.

CONSENTIMIENTO DE PADRE/ENCARGADO - FAVOR DE FIRMAR

- Yo doy permiso a mi hija/o de hacerse miembro/ del programa de día extendido el año 2018-2019 con Mission Graduates.
- Si mi estudiante de beca 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 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

Permission Slip for Field Trips
Extended Day Program 2018-2019

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
- Dolores 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 2018-2019 school year Monday – Friday between 2:05pm-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 Alvarado Elementary 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 2018-2019

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
- 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 (2:05pm-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 Alvarado 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 (5-8 graders only).
 YES _____ NO _____

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.

_____ Date _____
 Parent Signature

Program Participation: Check Options

- Full Attendance: \$100 registration fee —total amount due August 31, 2018. This is available to students who meet the following criteria:
- Commits to the attendance policy and can attend the Extended Day Program Mon-Fri 1:50pm-6:00pm.
 - Eligible for free or reduced lunch or partial scholarship. Income verification required.
- Flexible Attendance: \$100 registration fee and 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 family's discretion.

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 de estudiante: _____
 Para los propósitos de Mission Graduates, yo autorizo que a mi hijo a lo recogen del programa sólo los siguientes adultos y jóvenes mayores a 12 años. (Indique el nombre y apellido de la / s persona / s).

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 5-8 grado).
 Sí _____ No _____

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: cuota de inscripción de \$100.00 para el año escolar — cantidad total se debe pagar antes del 31 de agosto 2018. Esto está disponible para los estudiantes que cumplan con los siguientes requisitos:
- Se compromete a las reglas sobre el asistencia y puede asistir al Programa de Después de Escuela 1:50-6:00 de lunes a viernes.
 - Su hijo/a es elegible para almuerzo gratis o reducido o beca parcial. Se requiere verificación de ingresos.
- Asistencia flexible: cuota inicial de inscripción de \$100 y 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.

Basadas sobre el número días de asistencia por semana:

- _____ 1 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

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 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.

Student Name: _____

Student Grade: _____

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: _____

Contact Phone Number

Contact Email Address

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

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 \$_____.

Nombre de Estudiante: _____ **Grado:** _____

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: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Firma

Nombre

Fecha