

Student Information/Información sobre el estudiante		Additional Needs?	
child / hijo 1	Name/Nombre:	<input type="checkbox"/> Reading interventions/ intervenciones de lectura	<input type="checkbox"/> Counseling/ terapia emocional
	Grade (2018-2019) Grado:	Birthday Cumpleaños:	<input type="checkbox"/> Speech and language therapy/ terapia de lenguaje
child / hijo 2	Name/Nombre:	<input type="checkbox"/> Reading interventions/ intervenciones de lectura	<input type="checkbox"/> Counseling/ terapia emocional
	Grade (2018-2019) Grado:	Birthday Cumpleaños:	<input type="checkbox"/> Speech and language therapy/ terapia de lenguaje
child / hijo 3	Name/Nombre:	<input type="checkbox"/> Reading interventions/ intervenciones de lectura	<input type="checkbox"/> Counseling/ terapia emocional
	Grade (2018-2019) Grado:	Birthday Cumpleaños:	<input type="checkbox"/> Speech and language therapy/ terapia de lenguaje

Parent-Guardian Information/Información de los Padres y Encargados	
Parent or Guardian/Nombre de Padre o Encargado	Relationship/Relación
Birthday/Cumpleaños	Preferred Language/Idioma Preferido
E-mail/ Correo Electrónico	
Home Phone/Tele de Casa:	
Work Phone/Teléfono del Trabajo:	
Cell Phone/Celular:	
Address:	

Parent or Guardian/Nombre de Padre o Encargado	Relationship/Relación
Birthday/Cumpleaños	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):	

Medical Information/Información Médica

Student Name/Nombre de Estudiante:	
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.	

child / hijo 1

Student Name/Nombre de Estudiante:	
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.	

child / hijo 2

Student Name/Nombre de Estudiante:	
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.	

child / hijo 3

I authorize Afterschool Program Staff to furnish and/or obtain emergency medical treatment which may be necessary for my child during the Afterschool Program. <i>Autorizo al personal del Programa después de clases a proporcionar y / u obtener tratamiento médico de emergencia que pueda ser necesario para mi hijo durante el Programa Después de la Escuela.</i>	
_____	_____
Parent/Guardian Signature / Firma del padre de familia	Date / Fecha

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:	

Name/Nombre:	Relationship/Relación:
Phone/Teléfono:	

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

Student Name/ Nombre de estudiante: _____

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.)

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).

Name / Nombre	Relationship / Relación	Phone Number / Número de teléfono

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).

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).

YES/SÍ _____ 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.

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.

Parent Signature / Firma de Padre

Date / Fecha

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 3:00pm-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

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.

Permission Slip for Field Trips

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 2018-2019 school year Monday – Friday between 3:00pm-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 TECA 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

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 3:00-6:00 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

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.

Permiso para Pasear en el Vecindario

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 (3:00pm-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 TECA 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

After School Program Early Release Policy

Mission Graduates programs are ASES grant funded, comprehensive after school programs daily. Programs funded through these grants are required to commence immediately upon conclusion of the regular school day, operate a minimum of 15 hours per week, and remain open until at least 6:00 PM on every regular school day.

California Department of Education: Student Attendance Expectations:

- The intent of the legislation is that elementary students attend the program five (5) days per week.
- Middle school programs may implement a flexible attendance schedule for students. Priority enrollment shall be given to middle school students who attend five (5) days a week.
- First priority enrollment is given to students who are identified by the program as homeless youth and students who are identified by the program as being in foster care.
- Priority for student enrollment in the after school programs is given to students who attend five (5) days per week until the conclusion of the program.

Early Release for the Program:

Per grant guidelines, enrolled elementary & middle school students are expected to attend the program every day until 6pm. Priority for enrollment is given to those students who attend the program every day until 6pm. Early release from the program can be arranged. Whenever you pick up your child, prior to the end of program, please be aware that the staff are REQUIRED to give you a code to use on the ASES Sign Out Sheet.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Parallel Program | 5. Transportation |
| 2. Family Emergency | 6. Community Safety |
| 3. Personal Family Circumstance | 7. Child Accident/Injury |
| 4. Medical Appointment | 8. Other Conditions |

Fee based Programs

All ASES after school programs in elementary and middle schools are fee based programs.

The monthly co-payment fee will be waived for a family with a child in the program who is a homeless youth or for a child who is in foster care.

- The monthly co-payment fee will be waived for a family that is eligible for Free or Reduced lunch except for those co-payments required by local, state or federal tuition subsidy programs. Families should complete the Meal Application on an annual basis to be eligible for the monthly co payment fee waiver. If a family completes the application on line, an eligibility letter can be printed from a family's online account. If a family completes a paper application, an eligibility letter will be sent to the house.
- A family that is not eligible for free/reduced lunch will pay a co-payment fee on a sliding scale from \$50- \$500/month.

Americans with Disabilities Act (ADA)

Unlike the school day, which is required to comply with Individualized with Disabilities Education Act (IDEA), the after school program must comply with Americans with Disabilities Act (ADA). Services and activities provided by a public entity to the public, whether directly or through an agency, must be accessible to students with disabilities with **reasonable accommodations** (e.g. federal, state and local disabilities rights such as Section 504). Enrollment in program can include query if student needs additional supports, but cannot use that information to influence enrollment. If a student has a 504 plan or IEP plan, the program may request access to that information in order to identify what **reasonable accommodations** can be made to support access to program.

Safe and Supportive Environments- Progressive Response to Challenging Behavior

In collaboration with the school day, programs must ensure policies and protocols within its program that are sufficient to ensure staff, student and family member safety. MG programs are required to document injuries, referrals and crisis situations. Each agency will share their progressive response to challenging behavior with staff, students and families. Progressive Response to Challenging behavior should include universal practices across program to promote a safe and supportive community. It should also include an internal processes for managing challenging behavior that may result in alternative consequences (e.g. Restorative Circles) or Tier II intervention (e.g. behavior contract) or suspension from program.

Student/Parent Releases

PERMISSION TO EVALUATE PROGRAMS AND TRACK STUDENT PROGRESS

During your child's attendance in the After School Program, s/he may benefit from aligned support across the school day into after school program.

Student Name(s): _____ Grade: _____

Parent Name: _____ Date: _____

____ (parent initial), I give permission for the After School Program Staff to review my child's school data (test scores, report cards and other performance indices), for the purpose of providing targeted academic instruction and assessing the academic effectiveness of the After School Program. I also give permission for After School Program staff to monitor my student's progress and to require my child to complete evaluation surveys for the purpose of determining program effectiveness.

If Applicable:

PERMISSION TO ACCESS 504 PLAN OR INDIVIDUALIZED EDUCATION PLAN (IEP)

I authorize the exchange of information for _____ (student name) described below between the San Francisco Unified School District and the following agency(s) and/or individual(s): _____
_____ (Agency Name)

This authorization applies to the following information: 504 Plan Individualized Education Plan (IEP)

Expiration: This authorization expires (date or event): _____

Restrictions: Providers who receive this information may not release it to someone else unless another authorization form is signed.

Your Rights: You may refuse to sign this form. You may cancel it at any time by informing the San Francisco Unified School District in writing. If you cancel your permission to allow the release of information about you/your child, it will go into effect immediately (unless someone already released information). You have a right to receive a copy of this Authorization.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Indicate relationship to student: _____

PHOTO/VIDEO RELEASE OPT OUT Form

During your child's attendance in the After School Program, s/he may participate in an activity that is being photographed or videotaped; these photographs/video recordings may be used for promotional purposes.

Student Name(s): _____ Grade: _____

Parent Name: _____ Date: _____

By not submitting an opt out form, I authorize MG or any third party it has approved to photograph or videotape my child during After School program activities and to edit or use any photographs or recordings at the sole discretion of MG. I understand that I and my child shall have no legal right or interest arising from the recording, including economic interest. I also agree to release and hold harmless MG and any third party it has approved from and against all claims, demands, damages, and liabilities arising out of or use of the recording.

___ (parent initial) I **DO NOT** give my permission for my child to be photographed/videotaped by the After School program for promotional purposes.

POLICIES AND PERMISSIONS

I have reviewed and understand the following policies and information:

Parent Initials	For the following:
	ATTENDANCE REQUIREMENTS
	EMERGENCY CONTACT & AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT FORM
	AUTHORIZED PICK UP
	PERMISSION TO EVALUATE PROGRAMS AND TRACK STUDENT PROGRESS
	AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION (OPTIONAL if applicable)
	PHOTO/VIDEO RELEASE

Departamento de Educación de California: Expectativas de Asistencia Estudiantil:

- El objetivo de la legislación es que los alumnos de primaria asistan al programa cinco (5) días por semana.
- Los programas en las escuelas intermedias pueden implementar un horario de asistencia flexible para los alumnos. Se otorgará una inscripción prioritaria a los alumnos de la escuela intermedia que asistan al programa cinco (5) días a la semana.
- La inscripción prioritaria se les otorga a los alumnos que han sido identificados por el programa como jóvenes sin hogar y alumnos que reciben Cuidado bajo tutela temporal.
- La prioridad de inscripción de los alumnos en los programas después de clases se otorga a los alumnos que asisten cinco (5) días por semana hasta la conclusión del programa.

Salida temprana del programa:

Según las pautas de la subvención, se espera que los alumnos de primaria y secundaria matriculados en el programa asistan todos los días hasta las 6 pm. La prioridad de inscripción se otorga a los alumnos que asisten al programa todos los días hasta las 6 p.m. Se puede acordar una salida temprana del programa. Cada vez que recoja a su hijo, y antes de finalizar el programa, tenga en cuenta que se REQUIERE que el personal le proporcione un código que se debe usar en la Hoja de Salida del programa después de clases.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Programa similar | 5. Transporte |
| 2. Emergencia familiar | 6. Seguridad comunitaria |
| 3. Circunstancia familiar personal | 7. Accidente / lesión |
| 4. Cita médica | 8. Otras condiciones |

Programas basados en cuotas:

Todos los programas extracurriculares en las escuelas primarias y secundarias son programas que se basan en cuotas.

- La tarifa mensual de copago no se aplicará a una familia con un niño en el programa que sea un joven sin hogar o un niño que proviene de un hogar adoptivo.
- La tarifa mensual de copago no se aplicará a una familia que reúne los requisitos para almuerzos gratuitos o a precios reducidos, excepto por los copagos que exijan los programas de subsidio de matrícula locales, estatales o federales. Las familias deben rellenar la Solicitud de comidas anualmente para ser elegibles para la exención de cuotas de copago mensual. Si una familia completa la solicitud en línea, se puede imprimir una carta de elegibilidad de la cuenta en línea de una familia. Si una familia completa una solicitud impresa en papel, se enviará una carta de elegibilidad a la casa.
- Una familia que no es elegible para almuerzos gratuitos o a precio reducido pagará una tarifa de copago que varía de \$ 50 a \$ 500 por mes.

Ley para estadounidenses con Discapacidades(ADA)

A diferencia del día escolar, el cual debe cumplir con la Ley de Educación para Personas con Discapacidades(IDEA), el programa después de clases debe cumplir con la Ley para estadounidenses con Discapacidades (ADA). Los servicios y actividades proporcionados por una entidad pública al público, ya sea directamente o a través de una agencia, deben ser accesibles para los alumnos con discapacidades con adaptaciones razonables (por ejemplo, derechos de discapacidades federales, estatales y locales como la Sección 504). La inscripción en el programa puede incluir consultas si el alumno necesita apoyos adicionales, pero no puede usar esta información para influir en la inscripción. Si un alumno tiene un plan 504 o un plan IEP, el programa puede solicitar acceso a esa información para identificar qué adaptaciones razonables se pueden llevar a cabo para apoyar el acceso al programa.

Entornos seguros y de apoyo: respuesta progresiva al comportamiento desafiante

En colaboración con el día escolar, los programas deben garantizar normas y protocolos dentro de su programa que sean suficientes para garantizar la seguridad del personal, los alumnos y miembros de la familia. A los programas se les requiere que documenten lesiones, derivaciones y situaciones de crisis. Cada agencia compartirá su respuesta progresiva a un comportamiento desafiante con el personal, los alumnos y las familias. La respuesta progresiva al comportamiento desafiante debe incluir prácticas universales en todo el programa para promover una comunidad segura y solidaria. También debe incluir un proceso interno para la gestión de conductas desafiantes que puede tener como resultado consecuencias alternativas (p. Ej. Círculos Restaurativos) o intervención de Nivel II (por ejemplo, un contrato de comportamiento) o la suspensión del programa.

PERMISO PARA EVALUAR LOS PROGRAMAS Y SEGUIR EL PROGRESO DEL ALUMNO

Durante la asistencia de su hijo al Programa después de clase, él / ella puede beneficiarse del apoyo alineado durante el día escolar y entre el programa después de clases.

Nombre del alumno: _____ Grado: _____
Nombre del padre: _____ Fecha: _____

____ (inicial de los padres), doy permiso para que el personal del Programa después de escuela revise los datos escolares de mi hijo(a) (resultados de las pruebas, calificaciones y otros índices de rendimiento), con el propósito de proporcionar una instrucción académica específica y evaluar la efectividad académica del Programa Después de Clases. También doy permiso para que el personal del Programa Después de Clases supervise el progreso de mi alumno y que requiera que mi hijo(a) complete cualquier encuestas de evaluación con el propósito de determinar la efectividad del programa.

Si corresponde:

PERMISO PARA ACCEDER AL PLAN 504 O AL PLAN DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL (IEP)

Autorizo el intercambio de información para _____ (nombre del alumno) que se describe a continuación entre el Distrito Escolar Unificado de San Francisco y la(a) siguiente (s) agencias y / o individuo (s):

_____ (Nombre de Agencia) esta autorización se aplica a los siguientes datos: (Comprobar cada línea que corresponde) Plan 504 Educación Individualizado (IEP)

Vencimiento: esta autorización vence (fecha o evento): _____

Restricciones: Los proveedores que reciben esta información no pueden divulgarla a otra persona a menos que se firme otro formulario de autorización.

Sus derechos: puede negarse a firmar este formulario. Puede cancelarlo en cualquier momento informándole por escrito al Distrito Escolar Unificado de San Francisco. Si cancela su permiso para permitir la divulgación de información sobre usted o su hijo, entrará en vigencia inmediatamente (a menos que alguien haya divulgado información). Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Indique la relación con el alumno: _____

FORMULARIO DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA PARA LA DIFUSIÓN DE FOTOS / VIDEO

Durante la asistencia de su hijo(a) al Programa después de clase, él / ella puede participar en una actividad que puede ser fotografiada o grabada en video; estas fotografías / grabaciones de video pueden usarse con fines promocionales.

Nombre del alumno: _____ Grado: _____

Nombre del padre de familia: _____ Fecha: _____

Al no presentar un formulario de exclusión, autorizo a MG o cualquier tercero que el Distrito ha aprobado para fotografiar o grabar en video a mi hijo durante las actividades del Programa después de clases y editar o utilizar cualquier fotografías o grabaciones con la discreción del MG. Entiendo que ni mi hijo(a) ni yo tendremos derecho legal o intereses derivados de la grabación, incluyendo intereses económicos. También estoy de acuerdo en eximir y mantener indemne al MG y a cualquier tercero que el Distrito haya aprobado de todos los reclamos en contra, demandas, daños y responsabilidades que surjan del uso de la grabación.

___ (iniciales de los padres) NO DOY mi permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado / grabado en video por el Programa después de clase con fines promocionales.

NORMAS Y PERMISOS

He revisado y comprender las siguientes políticas e información:

Iniciales del Padre de familia	Para lo siguiente:
	REQUISITOS DE ASISTENCIA
	CONTACTO DE EMERGENCIA Y FOMAR DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO
	AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL ALUMNO
	PERMISO PARA EVALUAR LOS PROGRAMAS Y SEGUIR EL PROGRESO DEL ALUMNO
	AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (opcional si corresponde)
	PUBLICACIÓN DE FOTOS/ VIDEO

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