



**Distrito Escolar de San Juan  
Programa Bridges After-School  
Solicitud de Inscripción 2019-20**



Spanish

<b>Escuela que Asiste</b>	Escuela:			
<b>Nombre de Niño</b>	Apellido:		Nombre:	
<b>Domicilio de Niño</b>	Dirección	Ciudad	Estado	Zip
<b>Fecha de Nacimiento</b>				
<b>Género</b>	Masculino	Femenino		
<b>Grado/Maestro</b>				
<b>Bilingüe</b>	Sí	No	Idiomas que Habla:	
Padre/Tutor:				Relación:
Teléfono:				Email:
Padre/Tutor:				Relación:
Teléfono:				Email:

**PARTICIPACIÓN:** Bridges After-School está abierto a todo alumno que quiera participar y se ofrece a base del primero que viene el primero que obtiene. Participación en el programa requiere cumplimiento a todas las reglas y directrices descritas abajo. Se requiere que padres/tutores asistan a una orientación para padres al principio del año escolar.

**ASISTENCIA:** Se espera que estudiantes asistan a Bridges After-School todos los días de operación y plena participación en el programa. El programa opera por lo menos 3 horas y por lo menos hasta las 6:00 PM. Si un alumno está ausente, se requiere que padres notifiquen al personal del programa Bridges, además del personal del día escolar tradicional. La acumulación de 10 ausencias injustificadas se puede considerar excesivo y se puede revocar la inscripción del estudiante en el programa. Estudiantes solo se pueden recoger antes del fin del programa si es de acuerdo a la Política de Salida Temprana de Bridges After-School.

**RECOGER ESTUDIANTES:** Deben recoger a los estudiantes puntualmente al fin de Bridges After-School cada día. Si un estudiante no ha sido recogido para el fin del programa, personal de Bridges se pondrá en contacto con el padre/tutor u individuos designados como contactos de emergencia. Bridges After-School puede despedir a un estudiante del programa después de 3 veces de ser recogido tarde.

**CONDUCTA ESTUDIANTIL:** Todos los alumnos deben seguir las reglas del Distrito de San Juan y la política adicional del Programa Bridges After-School. **Conducta disruptiva, conducta irrespetuosa hacia otros estudiantes o personal o conducta que crea una preocupación de seguridad es motivo por ser despedido.** El personal de Bridges After-School le notificará y/o involucrar a los padres/tutores en intervención de conducta que ocurra. Se recomienda que padres/tutores discutan preocupaciones acerca de conducta con el Coordinador de Bridges After-School. **\*EL PROGRAMA BRIDGES AFTER-SCHOOL NO TOLERA VIOLENCIA, DROGAS, INSULTO RACIAL, ACOSO SEXUAL, EL TOCAR INAPROPIADAMENTE NI HUMILLACIONES PERSONALES DE OTROS. SI ALGUNO DE ESTOS INCIDENTES OCURRE, SE TOMARÁ ACCIÓN DISCIPLINARIA DE INMEDIATO Y PUEDE RESULTAR EN TERMINACIÓN DEL PROGRAMA.**

He leído y entiendo toda la información anterior. Con mi firma en este documento, acepto cumplir con todas las reglas y directrices de Bridges After-School y ayudar a mi estudiante entender y seguir las reglas de Bridges After-School.

Financiación para el programa Bridges After-School requiere que información estadística de alumnos que participan sea colectada y reportada. Evaluadores mantienen la información confidencial y no se reporta información sobre niños individuales. Nombres de padres, estudiantes y toda la información de identificación se mantiene anónima y no aparecerá en ningún reporte escrito del estudio.

Con mi firma en la Solicitud de Inscripción de Bridges After-School, reconozco haber recibido este documento y acepto y doy mi consentimiento a la colección de información confidencial y reportaje de información estadística.

**Firma de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**BRIDGES STAFF USE ONLY**

Returning Bridges student Y \_\_\_ N \_\_\_ If yes, from what school? \_\_\_\_\_ Student ID Number \_\_\_\_\_

Date application was received \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time application was received \_\_\_\_\_ Student's start date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HS/FY Verified Y \_\_\_ N \_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

**Copia blanca para escuela, copia amarilla para oficina, copia rosada para padre**



**Distrito Escolar de San Juan  
Programa Bridges After-School  
Información de Emergencia 2019-20**



Spanish

Nombre Completo de Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Niño vive con: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de empleo \_\_\_\_\_

**Información de emergencia:** Estudiantes solo salen del programa con la firma de padre/tutor o la de un individuo designado abajo. Si su niño está enfermo o tiene una emergencia y no se puede localizar un padre/tutor, se puede autorizar que su niño se vaya con una persona designada como contacto de emergencia. Contactos de emergencia deben ser de 16 años o mayor. Se requiere que padres/tutores actualicen la información de emergencia cuando cambios ocurren.

**CONTACTOS DE EMERGENCIA:** (se requiere un mínimo de dos)

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO de CASA	# CELULAR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Padre/Tutor Debe Marcar Uno**

1. En caso de una emergencia, cuando un padre o tutor no está disponible, autorizo al personal escolar de hacer arreglos para que mi hijo reciba cuidado médico/hospital, incluyendo transporte necesario, según su mejor criterio. Autorizo al médico nombrado abajo de tomar el cuidado y tratamiento que se considerada necesario. En el evento que dicho médico no está disponible, autorizo que tal cuidado y tratamiento sea realizado por y médico o cirujano con licencia. Acepto pagar todo costo que resulte de lo dicho.

2. No opto por la declaración de arriba y deseo la siguiente acción en caso de una emergencia:

Nombre de Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

**VISIÓN:**  usa lentes  usa contactos  debe usarlos siempre  requiere asiento preferencial Fecha de último examen de vista \_\_\_\_\_

**AUDICIÓN:**  problemas de oír  tubos en oídos  usa aparato para oír  requiere asiento preferencial

**SALUD GENERAL: 1.** Tiene la siguiente condición(es):  asma  epilepsia  desmayos  diabetes  hiperactivo (ADHD)  migrañas

condición cardíaca  alergias \_\_\_\_\_ reacción a picadura de abeja (describa): \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

2. Anote medicina recetada: \_\_\_\_\_ Dosis Actual: \_\_\_\_\_

Para (diagnosis) \_\_\_\_\_ Recetada por Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. Tiene condición física que limita su participación  no  sí (explique): \_\_\_\_\_

4. Tiene Necesidad Especial  no  sí (explique): \_\_\_\_\_

“Autorizo la divulgación de información médica de mi niño 1. por el distrito escolar y el proveedor de servicios al agente de cobro y 2. por el distrito escolar a mi compañía de seguro médico a como sea necesario para procesar reclamaciones o para pedir reembolso de los Beneficios de Asistencia Médica. Dicha información se limitará a solo documentación de servicio de salud.”

Firma de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_



**Distrito Escolar de San Juan  
Programa Bridges After-School  
Política de Cuota y Acuerdo 2019-20**



Spanish

<b>Escuela de Asistencia</b>	<b>Escuela:</b>	<b>Grado:</b>	<b>Número ID Estudiantil:</b>
<b>Nombre de Niño</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	

**Cuotas del Programa:**

- Cuota de inscripción de \$30 no reembolsable, debe pagarse al momento de confirmar la inscripción.
- La cuota incluye salida temprana de jueves y los otros días mínimos programados.
- La cuota se calcula considerando los días sin escuela durante el año escolar (incluso días de fiesta).
- Los pagos se deben hasta el 10<sup>mo</sup> día de cada mes (septiembre – mayo).
- La cuota mensual se determina usando una escala móvil basada en la elegibilidad del estudiante de almuerzo gratis o a precio reducido.

	<b>Elija la Tasa Elegible</b>	<b>Petición de Beca</b>
<b>Escala Móvil de Cuota</b>	<input type="checkbox"/> \$50 por mes- Mi estudiante no califica para almuerzo gratis o a precio reducido durante el día escolar.  <input type="checkbox"/> \$40 por mes – Mi estudiante califica para almuerzo a precio reducido durante el día escolar.  <input type="checkbox"/> \$30 por mes- Mi estudiante califica para almuerzo gratis durante el día escolar.  <input type="checkbox"/> Costos condonados si califica bajo el McKinney-Vento Homeless Assistance Act o Foster Youth.	<input type="checkbox"/> No puedo pagar toda o parte de la cuota elegible. <b>Llamaré al 971-5933 dentro de 5 días de presentar esta solicitud para establecer un acuerdo de beca.</b>  <input type="checkbox"/> Establecí un acuerdo de beca para la cuota del año 2018-19 y me gustaría continuar este acuerdo de beca para la cuota del programa del año 2019-20.

**Pagos por cheque o giro postal/money order:**

- Cheques y giros postales se hacen pagable a San Juan Unified School District con el nombre de su estudiante y la escuela en la línea memo. Favor de enviar a:  
Bridges After-School Programs/San Juan USD, 3738 Walnut Ave., Carmichael, CA 95608
- Pagos se pueden dejar en una de las oficinas regionales de Bridges After-School:
  - Arden Arcade Region – 2641 Kent Drive, Sacramento 95821/ Room 5, 979-8414
  - Carmichael Region – 6230 Rutland Drive, Carmichael 95608/ Room 24, 575-2386
  - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Room H7, 725-6499
- No se aceptan pagos en los sitios del programa.

**Pagos por tarjeta de crédito:**

- Se aceptan pagos en línea con Visa o MasterCard en [www.myschoolbucks.com](http://www.myschoolbucks.com).

**Pagos tardíos:**

- Si el pago no se recibe dentro de 5 días hábiles de la fecha tope se cobrará una multa de \$25.

**Fondos Insuficientes (NSF):**

- Cheques que el banco regresa, tendrán un cobro adicional de \$25. Se requiere un giro postal para reemplazar un cheque de fondos insuficientes.
- No se aceptan cheques como forma de pago después que el banco haya rechazado el segundo cheque.

**Jóvenes sin hogar o en acogida recibirán inscripción prioritaria**

**He leído y acepto la política de cuota del Programa Bridges After-School.**

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Copia blanca para oficina, copia amarilla para padre**