



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Заява про зарахування 2024-25**



Школа відвідування	Школа:			
Ім'я дитини	Прізвище:		Ім'я:	
Адреса дитини	Street Address	City	State	Zip
Дата народження				
Стать	<input type="checkbox"/> Хлопець	<input type="checkbox"/> Дівчина	<input type="checkbox"/> Не бінарний	
Клас/Вчитель				
Іншомовний	Так	Ні	Рідна мова:	
Батьки/опікуни:		Відношення:		
Телефон:		E-mail:		
Батьки/опікуни:		Відношення:		
Телефон:		E-mail:		

УЧАСТЬ: Bridges After-School відкрита для всіх учнів, які хотіли б брати участь, та пропонується у порядку черги з урахуванням пріоритетів. Пріоритет буде відданий учням, які перебувають на програмі, відповідно до закону про допомогу бездомним McKinney-Vento, прийомним дітям, учням, які вивчають англійську мову, а також учням, які мають право на безкоштовне харчування або харчування за зниженою ціною. Участь у програмі вимагає дотримання всіх правил та рекомендацій, описаних нижче. Батьки/опікуни зобов'язані бути присутніми на ознайомлювальному заході для батьків, який відбудеться на початку навчального року.

ВІДВІДУВАННЯ: Програма працює з кінця навчального дня щонайменше до 6:00 вечора. Якщо учня немає, батьки повинні повідомити працівникам програми Bridges на додаток як і шкільному персоналу. 10 перепусток без поважної причини можуть вважатися надмірними. Учні можуть бути заборані до закінчення програми тільки відповідно до правил про дострокове залишення занять Bridges після школи.

ЗВІЛЬНЕННЯ УЧНІВ: Учні необхідно забирати після закінчення програми Bridges After-School вчасно. Якщо учня не забрав, то персонал програми буде телефонувати батькам / опікунам або вказаним особам у контактах. Учень може бути виключений з програми, якщо батьки не заберуть його / її вчасно три рази по закінченню занять Bridges After-School.

ДИСЦИПЛІНА : Всі учні повинні виконувати правила округу San Juan і додаткові правила програми Bridges After-School. **Груба, неповажна поведінка по відношенню до інших учнів, послужить причиною до виключення учня з програми.** Працівники програми Bridges After-School повідомлять вам і попросять вашої допомоги якщо будуть проблеми з поведінкою учня. Ми заохочуємо батьків / опікунів обговорити поведінку учня з координатором програми Bridges After-School Site.

***ПЕРСОНАЛ ПРОГРАМИ BRIDGES AFTER-SCHOOL НЕ ДОЗВОЛИТЬ НАСИЛЬСТВА, ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ, РАСОВОГО ПРИНИЖЕННЯ, СЕКСУАЛЬНЕ ПРИНИЖЕННЯ, І НІЯКИХ ПРИНИЖЕНЬ ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ІНШИХ. У РАЗІ ВИНИКНЕННЯ ОДНІЄЇ З ПЕРЕРАХОВАНИХ СИТУАЦІЙ, ВІДРАЗУ БУДУТЬ ПРИЙНЯТІ ДИСЦИПЛІНАРНІ ПОКАРАННЯ З НАСТУПНИМ ВИКЛЮЧЕННЯМ З ПРОГРАМИ.**

Я прочитав / ла і зрозумів усю інформацію. Я погоджуюся з умовами і правилами програми Bridges After-School і допоможу моїй дитині дотримуватися цих постанов.

По умовам фінансування програми ми повинні збирати і повідомляти статистичну інформацію про учнів на програмі. Оцінювачі дотримуються практики анонімності, тому ніяка інформація про конкретних дітей не повідомляється. Ім'я та прізвище батьків, студентів, інші ідентифікаційні дані, будуть зберігатися анонімно і не будуть розголошені в будь-якому надрукованому звіті у рамках досліджень.

Підписуючи цю форму для зарахування на програму Bridges After-School, я зрозумів зміст цього документа і даю згоду збирати і повідомляти статистичну інформацію.

Підпис батьків/опікунів: _____ Дата: _____

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 ____/____/____

Initials _____



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Інформація на непередбачений випадок 2024-25**



Повне ім'я дитини _____ Дата народження _____

Дом. телефон _____ Мобільний тел. _____ Інший телефон _____

Адреса _____ Дитина мешкає із: _____

Батьки/опікуни _____ Відношення _____

Працедавець _____ Робочий телефон _____

Батьки/опікуни _____ Відношення _____

Працедавець _____ Робочий телефон _____

Інформація на непередбачений випадок: Учень може піти з занять тільки з дозволу батьків або письмової згоди з підписом батька / опікуна чи особи, вказаної нижче. Якщо ваша дитина потрапила в непередбачену ситуацію і немає можливості додзвонитися до батьків / опікунів, вказані люди зможуть забрати дитину з програми, але вони повинні бути не молодше 16 років. *Батьки / Опікуни повинні повідомляти інформацію про будь-які зміни до школи.*

КОНТАКТИ НА НЕПЕРЕДБАЧЕНИЙ ВИПАДОК: (як мінімум дві особи)

ІМ'Я	СІМЕЙНЕ ВІДНОШЕННЯ	ДОМ. ТЕЛЕФОН	МОБ. ТЕЛЕФОН
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Батьки/опікуни повинні позначити наступне

1. У непередбаченій разі, коли не можна зв'язатися з батьками / опікунами, я дозволяю шкільного персоналу зробити все необхідне щоб моя дитина отримала медичну допомогу, включаючи транспортування на їх розсуд. Я уповноважую лікаря надати всю необхідну допомогу. У випадку коли лікар недоступний, я дозволяю іншому дипломованому лікарю надати всю необхідну допомогу. Я зобов'язуюся оплатити всі пов'язані з цим витрати.
2. Я не вибираю вищевказані умови і прошу, щоб при непередбаченій випадку було зроблено наступне:

Ім'я лікаря: _____ Телефон: _____

Медична страховка: _____ ID#: _____

ЗІР: носить окуляри носить лінзи повинні бути на учневі увесь час потребує спеціальне розміщення у класі

Дата останньої перевірки _____

СЛУХ: має проблеми із слухом має слухову трубку має слуховий апарат потребує спеціальне розміщення у класі

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: 1. Стан здоров'я: астма епілепсія непритомність діабет гіперактивність (ADHD) мігрені

захворювання серця алергії _____ алергічна реакція на укуси бджіл (опишіть): _____ Інше _____

2. Ліки які приймає: _____ Теперішня доза: _____

Від (діагноз) _____ Прописано лікарем. _____ Телефон _____

3. Стан здоров'я, що обмежує участь у школі ні так (поясніть): _____

4. Має особі потреби ні так (поясніть): _____

“Я дозволяю надання медичної інформації моєї дитини 1. Медичним працівникам округу та страховому агенту, і 2. Округу моему страховому агенту, як необхідно для процесу оплати рахунку або передачі в офіс MediCal для оплати. Передана інформація буде обмежена тільки медичною документацією.”

Підпис батьків/опікунів _____ Дата _____

Ім'я друком _____ Відношення _____



**San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Fee Policy and Agreement 2024-25**



Школа відвідування	Школа:	Клас:	Student ID номер:
Ім'я та прізвище дитини	Прізвище:	Ім'я:	

Оплата за участь в програмі:

- \$30 оплата за навчання після підтвердження реєстрації (гроші не повертаються)
- Оплата враховує скорочений день у четвер, та усі інші скорочені дні.
- Ми врахували усі вихідні дні та скорочені дні (включно святкові дні).
- Оплату потрібно зробити до 10^{го} числа кожного місяця (Вересень-Травень).
- Регулярно щомісячна оплата буде визначатись по шкалі прибутку для учнів які мають пільгове харчування.

Будь ласка, виберіть відповідний платіж за шкалою нижче, враховуючи дохід вашої родини та платоспроможність. Збори не стягуються, якщо вони відповідають вимогам Закону про допомогу бездомним McKinney-Vento, приймальній молоді або мають право на безкоштовне харчування/живлення за зниженою ціною, що можна визначити на сторінці <https://www.cde.ca.gov/ls/nu/rs/scales2324.asp>. Повна чи часткова стипендія надається за запитом.

	Визначить відповідну суму	Прохання про стипендію
Шкала оплати	<input type="checkbox"/> \$50 за місяць - Моя дитина не отримує пільгового харчування (безкоштовне або із знижкою). <input type="checkbox"/> \$40 за місяць – Моя дитина отримує харчування із знижкою. <input type="checkbox"/> \$30 за місяць - Моя дитина отримує безкоштовне харчування <input type="checkbox"/> Оплата відмінена згідно закону McKinney-Vento Homeless Assistance Act or Foster Youth	<input type="checkbox"/> Я не маю можливості оплатити усю суму або частково, тому я зателефоную за номером 971-5933 у строк 5 днів після подачі цієї заяви для отримання стипендії. <input type="checkbox"/> Ми встановили домовленість про стипендію на 2023-24 навчальний рік, це покриває витрати, і я маю бажання знов мати таку угоду на 2024-25 навчальний рік.

Оплата чеком або money order:

- Чеки та money orders потрібно виписувати на San Juan Unified School District, написавши ім'я вашої дитини на назву школи, у лінії memo. Надсилайте за адресою: Bridges After-School Programs/ San Juan Unified School District, 3738 Walnut Ave., Carmichael, CA 95608
- Ви можете занести оплату в регіональні офіси Bridges After-School:
 - Arden Arcade Region – 1500 Dom Way, Sacramento 95864/ Room 20, (916) 979-8324
 - Carmichael Region – 4640 Orange Grove Ave, Sacramento 95841/ Room G3, (916) 971-7386
 - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Room H7, (916) 979-8399
- Оплата не приймається у школах де надаються послуги.

Оплата кредитною карткою:

- Оплату картками Visa або MasterCard можна зробити в Інтернеті: www.myschoolbucks.com.

Не достатньо коштів (NSF):

- Чеки які будуть повернені банком додають \$25 штрафу. Для заміни чека NSF потрібен money order.
- Ми не будемо приймати чеки, якщо банк поверне другий чек за несплату.

Учні, які відповідають вимогам Закону про допомогу бездомним McKinney-Vento, прийомні діти, учні, що вивчають англійську мову, а також учні, які мають право на безкоштовне харчування або харчування за зниженою ціною, будуть зараховані насамперед.

Відповідальність: Я прочитав та погоджуюсь із планом оплати програми.

Підпис батьків/опікунів: _____

Дата: _____