



San Juan Unified School District
Программа продленного дня Bridges
Заявление на зачисление 2024-25



Russian

Посещаемая школа	Школа:			
Имя ученика	Фамилия:		Имя:	
Адрес ученика	Улица	Город	Штат	Индекс
Дата рождения				
Пол	Мужской	Женский	Небинарный	
Класс/Учитель				
Двуязычный(ая)	Да	Нет	Родной язык:	
Родитель/Опекун:			Отношение:	
Телефон:			Электронная почта:	
Родитель/Опекун:			Отношение:	
Телефон:			Электронная почта:	

УЧАСТИЕ: Программа Bridges After-School доступна для всех желающих учеников и предлагается в приоритетном порядке очереди. Приоритет будет отдан учащимся, отвечающим требованиям Закона о помощи бездомным McKinney-Vento, приемным детям, EL ученикам, а также учащимся, имеющим право на бесплатное или льготное питание. Участие в программе требует соблюдения всех правил и рекомендаций, описанных ниже. Родители/опекуны обязаны присутствовать на ознакомительном мероприятии для родителей в начале учебного года.

ПОСЕЩАЕМОСТЬ: Программа действует не менее 3 часов и до 6:00 PM. Если учащийся отсутствует, родители должны уведомить об этом персонал программы Bridges в дополнение к традиционному школьному персоналу. Накопление 10 пропусков без уважительной причины может считаться чрезмерным. Учащиеся могут быть забраны досрочно только в соответствии с Bridges After-School Early Release Policy.

ОСВОБОЖДЕНИЕ УЧЕНИКОВ: Учеников необходимо забирать после окончания программы Bridges After-School немедленно. Если ученика не забрали, то персонал программы будет звонить родителям/опекунам или указанным контактными лицам. Ученик может быть исключен из программы, если родители не заберут его/её вовремя три раза по окончании занятий Bridges After-School.

ПОВЕДЕНИЕ УЧЕНИКОВ: Все ученики должны выполнять правила округа San Juan и дополнительные правила программы Bridges After-School. **Грубое, неуважительное поведение по отношению к другим ученикам, или сотрудникам или поведение, которое создает проблемы с безопасностью, является причиной увольнения.** Сотрудники программы Bridges After-School сообщат вам и попросят вашей помощи, если будут проблемы с поведением ученика. Мы поощряем родителей/опекунов обсудить поведение ученика с координатором программы Bridges After-School. ***ПЕРСОНАЛ ПРОГРАММЫ BRIDGES AFTER-SCHOOL НЕ ПОЗВОЛИТ НАСИЛИЯ, УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, РАСОВЫХ УНИЖЕНИЙ, СЕКСУАЛЬНЫХ ДОМОГАТЕЛЬСТВ, НЕПРАВИЛЬНЫХ ПРИКАСАНИЙ ИЛИ ЛИЧНЫХ ОБРАЩЕНИЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДРУГИМ. В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДНОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ, СРАЗУ БУДУТ ПРИНЯТЫ ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ НАКАЗАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИЗ ПРОГРАММЫ.**

Я прочитал/ла и понимаю всю информацию. Я соглашаюсь с условиями и правилами программы Bridges After-School и помогу моему ребёнку соблюдать их.

Финансирование программы Bridges After-School требует сбора и отчёта статистической информации об участвующих в программе учениках. Информация обрабатывается конфиденциально и только в общей форме, не на индивидуальном уровне. Ваше имя, имя ребёнка или другая частная информация будет анонимна, и не будет издаваться ни в каком виде.

Подписав форму для зачисления на программу Bridges After-School, я понимаю содержание документа и даю согласие для сбора и отчёта статистической информации.

Родитель/Опекун Подпись: _____

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 ____/____/____

HS/FY Verified Y____ N____ Initials _____



Russian

San Juan Unified School District
Bridges After-School Program
Emergency Information 2024-25



Полное Имя Ребёнка _____ Дата рождения _____

Дом. Телефон _____ Моб. Телефон _____ Другие номера телефонов _____

Адрес _____ Ребёнок проживает с: _____

Родитель/Опекун _____ Отношение _____

Работодатель _____ Бизнес Телефон _____

Родитель/Опекун _____ Отношение _____

Работодатель _____ Бизнес Телефон _____

Информация на непредвиденный случай: Ученик может уйти из программы только с подписью родителя/опекуна или личности, указанной ниже. Если ваш ребёнок имеет непредвиденную ситуацию и нет возможности дозвониться к родителю/опекуну, указанные лица могут забрать ребёнка из программы, но они должны быть не младше 16 лет. Родители/Опекуны должны сообщать информацию о любых изменениях в школу.

КОНТАКТЫ НА НЕПРЕДВИДЕННЫЙ СЛУЧАЙ: (необходимо два контактных # телефона)

ИМЯ	ОТНОШЕНИЕ	ДОМ. ТЕЛЕФОН	МОБ. ТЕЛЕФОН
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Родители/Опекуны должны отметить один вариант

- 1. В непредвиденном случае, когда нельзя связаться с родителями/опекунами, я разрешаю школьному персоналу сделать всё необходимое чтобы мой ребёнок получил медицинскую помощь, включая транспортировку по их усмотрению. Я уполномочиваю врача оказать всю необходимую помощь. В случае когда врач недоступен, я разрешаю любому дипломированному врачу оказать всю необходимую помощь. Я обязуюсь оплатить все связанные с этим расходы.
- 2. Я не выбираю вышеуказанное действие и прошу, чтобы при непредвиденном случае было сделано следующее:

Имя Врача: _____ Телефон: _____

Медицинская страховка: _____ ID#: _____

ЗРЕНИЕ: носит очки носит линзы нужно носить постоянно требуется особое место в классе Дата последн. осмотра _____

СЛУХ: проблемы со слухом трубки в ушах слуховой аппарат требуется особое место в классе

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ: 1. Состояние здоровья: астма эпилепсия обмороки диабет гиперреактивность (ADHD) мигрень

Проблемы с сердцем аллергии _____ аллергия на укусы пчелы (опишите): _____ другие _____

2. Прописанные лекарства: _____ Доза: _____

Для (диагноз) _____ Прописано врачом. _____ Телефон _____

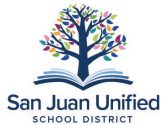
3. Состояние здоровья, ограничивающее участие в школе нет да (объясните): _____

4. Особые нужды нет да (объясните): _____

“Я разрешаю передачу медицинской информации моего ребёнка 1. Медицинским учреждениям и страховому агенту, и 2. Моему страховому агенту, как необходимо для процесса оплаты счёта или передачи в Medical Assistance Benefits для оплаты. Передаваемая информация будет ограничена только медицинской документацией.”

Родитель/Опекун Подпись _____ Дата _____

Имя печатными _____ Отношение _____



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



Russian

Посещаемая школа	Школа:	Класс:	ID # ученика:
Имя ребенка	Фамилия:	Имя:	

Стоимость участия в программе:

- \$30 взнос без возврата должен быть представлен в момент подтвержденной регистрации.
- Платежи рассчитаны на все дни без занятий в течение учебного года (включая праздники).
- Платежи должны быть осуществлены в 10-й день каждого месяца (сентябрь - май).
- Ежемесячные платежи определяются с помощью шкалы на основе дохода семьи и платежеспособности.

Пожалуйста, выберите подходящий платеж по скользящей шкале ниже, учитывая доход вашей семьи и платежеспособность. Сборы не взимаются, если они соответствуют требованиям McKinney-Vento Homeless Assistance Act, Foster Youth или имеют право на бесплатное питание / питание по сниженной цене, что можно определить на: <https://www.cde.ca.gov/ls/nu/rs/scales2324.asp>. Полная или частичная стипендия предоставляется по запросу.

	Выберите соответствующую цену	Запрос о стипендии
Шкала оплаты	<input type="checkbox"/> \$50 в месяц - я могу заплатить полную цену.	<input type="checkbox"/> Я не могу оплатить всю или часть минимальной цены. Я позвоню: 971-5933 в течение 5 дней с момента подачи заявления для создания договора о стипендии. <input type="checkbox"/> Я имел/ла договор о получении стипендии для программы в 2023-24 году, и хочу продолжить этот договор на программу в 2024-25 году.
	<input type="checkbox"/> \$40 в месяц - я могу платить по льготной цене.	
	<input type="checkbox"/> \$30 в месяц - я могу платить по низкой цене.	
	<input type="checkbox"/> Плата не взимается. Мой учащийся квалифицирован для McKinney-Vento, Foster Youth или имеет право на бесплатное/льготное питание.	

Принимаются для оплаты только чеки или money order:

- На чеках или money orders укажите: San Juan Unified School District и обозначьте имя вашего учащегося и школу в соответствующем месте. Псылайте по адресу:
Bridges After-School Programs/San Juan Unified School District, 3738 Walnut Ave., Carmichael, CA 95608
- Также можно уплатить в одном из офисов программы Bridges After-School:
 - Arden Arcade Region – 1500 Dom Way, Sacramento 95864/ Room 20, 979-8324
 - Carmichael Region – 4640 Orange Grove Ave, Sacramento 95841/ Room G3, 971-7386
 - Citrus Heights Region - 7901 Rosswood Drive, Citrus Heights 95621/ Room H7, 979-8399
- Вы не можете уплатить за программу в школе вашего ребёнка.

Если используете кредитную карточку:

- Visa и MasterCard платежи принимаются на: www.myschoolbucks.com.

Если вы опоздали с оплатой:

- Если ваши платежи получены на 5 дней позже срока, необходимо уплатить штраф \$25.

Non-Sufficient Funds (Нет наличия денег в банке):

- За возврат чеков из банка взимается дополнительная плата в размере \$25. Затем предоставьте money order взамен NSF чека.
- Вы не сможете оплачивать чеками, если банк их не принял дважды.

Учащиеся, отвечающие требованиям Закона о помощи бездомным McKinney-Vento, приемные дети, EL ученики, а также учащиеся, имеющие право на бесплатное или льготное питание, будут зачислены в первую очередь.

Я согласен/на с постановлениями относительно платежей для Bridges After-School Program программы.

Родитель/Опекун Подпись: _____

Дата: _____

White copy for office, Yellow copy for parent