Simi Valley Schools
SIMI VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Solicitud para reembolso o transferencia de saldo de la cuenta de la Cafetería

1. **Fecha:** _____

2. Estoy solicitando un reembolso o transferencia de saldo de la cuenta de la cafetería de mi (s) hijo (s).



Nombre de Estudiante (s):	Numero de Identificación	Saldo

3. **Escriba nombre que ira en el cheque:**

4. **Dirección que el cheque será enviado por correo:**

5. **Numero de teléfono**:
(En caso de que tengamos preguntas)

Note:

Si Usted utiliza el sistema de pago (EZSchoolPay.com) para depósitos automáticos en las cuentas de la cafetería de sus hijos, no se olvide de cancelar.

Nombre de hermanos para transferir dinero:
1.
2.
3.

6. **Firma**
(Certifico que el dinero que va ser reembolsado fue pagado originalmente en la cuenta por mí).

Mandar por Correo:
Simi Valley Unified School District
Child Nutrition
101 W. Cochran Street
Simi Valley, CA 93065

Si tiene preguntas póngase en contacto con:
Teléfono: 805-306-4500, ext. 4702

Date Paid _____ Check # _____ Check Total _____
A/P Computer _____ Posted Report _____ Acct 8641 _____

Forms: Lunch Acct Reimbursement Form SPN.doc