



PO Box 1664
San Bernardino, CA 92402
(909) 388-1700
contact@projectlifeimpact.org
Mrs. Goffinet (909) 496-4453

**Project Life Impact / NSAA
After School Impact
Rates: 2013 – 2014**

Hours of operation:

After School Program: Dismissal from school to 6:00pm.

-Kindergarten 1:30pm to 6:00pm.

-All other grades 2:30pm to 6:00pm (Wednesdays- minimum day 1:30pm to 6:00pm).

The rates are as follows:

Daily:

After School Program grades 1st – 6th: \$14.00

Kindergarten After School Program: \$17.00

Weekly: (All 5 days)

After School Program grades 1st – 6th: \$70.00

Kindergarten After School Program: \$85.00

One Hour Kindergarten Older Sibling Program: \$15 flat rate fee (4) days.

Late Pick up fee:

There will a late fee for students who are picked-up after 6:05pm. The charge will be \$1.00 per minute after 6:05pm, billed upon usage.

ALL PAYMENTS MUST BE PAID IN ADVANCE. PAYMENTS CAN BE MADE WEEKLY, BI-WEEKLY, OR MONTHLY.

(If student does not attend on a scheduled day, payment still applies for that day)



PO Box 1664
San Bernardino, CA 92402
(909) 388-1700
contact@projectlifeimpact.org
Mrs. Goffinet (909) 496-4453

**Project Life Impact/NSAA
Programa Después de Escuela:
Tarifas 2013 – 2014**

Horas de operación:

El Programa Después de la Escuela: Desde el termino del día escolar hasta las 6:00pm.
-Kinder 1:30pm hasta las 6:00pm.
-Los demás grados de 2:30pm hasta las 6:00pm (Los miércoles- día mínimo desde la 1:30pm hasta las 6:00pm).

Las tarifas son las siguientes:

Diariamente:

El Programa Después de la Escuela: \$14.00,
El Programa de Kinder Después de Escuela: \$17.00

Semanalmente: (Los 5 días)

El Programa Después de Escuela: \$70.00
El Programa de Kinder Después de Escuela: \$85.00
El Programa de Kinder de Una Hora, para los niños con hermanos mayores: \$15 tarifa plana (4) días.

Honorario de retraso:

Habrá una tarifa por recoger al estudiante tarde. Se les cobrara \$1.00 por minuto después de las 6:05pm.

TODOS LOS PAGOS DEBEN SER PAGADOS DE ANTEMANO. LOS PAGOS PUEDEN SER HECHOS SEMANAL, BISEMANAL, O MENSUALMENTE.

(Si el estudiante no asiste a la escuela en un día programado, el pago de todos modos se les cobrara por ese día)



**Project Life Impact
Program Enrollment Application**

Office Use Only		
SSID#:	Date Rcv'd	Wait List#:
Program Type:		

I am interested in enrolling my student in the following Project Life Impact programs: (Check all boxes that apply. All programs may not be available at ever site.)

After School Program
 Summer Program
 Saturday Program
 Winter Break
 Spring Break

Student's LEGAL Name: Last Name	First Name	Middle Name	Grade 2013-14	Age	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth
---------------------------------	------------	-------------	----------------------	-----	---	---------------

School	District	Student ID#
--------	----------	-------------

Teacher's Name	School counselor	Has your student attended a Project Life Impact program before? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, where?
----------------	------------------	--

Mother's/Legal Guardian's Last Name	First Name	You can also contact me via text. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	------------	---

Email Address	Home Phone <input type="checkbox"/> Check if Primary #	Work phone <input type="checkbox"/> Check if Primary #	Cell Phone
---------------	--	--	------------

Father's/Legal Guardian's Last Name	First Name	You can also contact me via text. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	------------	---

Email Address	Home Phone <input type="checkbox"/> Check if Primary #	Work phone <input type="checkbox"/> Check if Primary #	Cell Phone
---------------	--	--	------------

Mailing Address	City	State	Zip
-----------------	------	-------	-----

Student's Residence Address (if different)	City	State	Zip
--	------	-------	-----

Student Release Authorization (Other than parents)
 I understand that my child must be signed out of the program everyday by an authorized adult (18 years or older with picture ID). I authorize the following additional person/s (other than parent) to pickup my child from the site including in the case of an emergency (attach additional page if more space required):

First and Last Name	Relationship	Home Phone	Work Phone	Cell Phone
		()	()	()
		()	()	()
		()	()	()

Any person to whom student may NOT BE LEGALLY RELEASED? Court-issued (custody/restraining) order must be on file, if applicable.

Name	Relationship

OTHER CHILDREN IN THE FAMILY (For informational purposes only. A separate Enrollment Application is required for each child.)

First and Last Name	Relationship	Lives at Home <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	School	Grade 2013-14	Currently Attending PLI Program <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

STUDENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

1. Is your child enrolled in the Free or Reduced Lunch Program? (Optional) Yes No Not Sure

2. Is your child designated as an English Learner (EL)? (Optional) Yes No Not Sure

3. Is your child designated as a Special Education student with an individualized Education Program (IEP)? Yes No Not Sure

4. Does your child have a 504 plan? Yes No Not Sure

5. Does your child have any medical condition, allergies, or other special needs or problems of which we should be aware? Yes No Not Sure

If yes to questions 3, 4 or 5 above, please provide detailed information: _____

ETHNICITY (Optional): Mark the ethnicity with which the student most closely identifies. Please check one:

Hispanic/ Latino (a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race)

Not Hispanic or Latino

WHAT IS YOUR CHILD'S RACE? (Optional): The above question is about ethnicity, not race. No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

American Indian or Alaskan Native (Persons having origins in any of the original people of North and South America (including Central America))

Asian (including Filipino)

Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Black or African American

White (Persons having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East or North Africa)

STUDENT PHOTO/VIDEO/PRODUCT RELEASE

I hereby give Project Life Impact, its employees, assigns and agents permission to utilize and/or publish work my child produces during Project Life Impact activities and to utilize and/or publish photographs or video taken during program activities or at special events sponsored by Project Life Impact where my child may appear. These photographs, student products, and video materials may be used in publications, audio-visual presentations, promotional literature, advertising, or any other manner without compensation to the child, parents, or guardian.

Yes No

_____ PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE _____ Date

INFORMATION RELEASE AGREEMENT

I understand that, as part of my student's participation in the Project Life Impact Program(s), the school and/or school district may share data including, but not limited to demographic, health, and contact information, attendance, report cards, assessments, and test scores with Project Life Impact to enable Project Life Impact to understand student needs, track student progress, and promote quality program. In addition, Project Life Impact will administer surveys and assessments to evaluate student progress and program impact.

MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION

In the event my child suffers an illness or accident, I authorize Project Life Impact to seek medical help and assistance by contacting 911 emergency services or otherwise securing treatment at a medical facility. I also acknowledge that Project Life Impact does not provide medical coverage for participants.

PARTICIPATION AGREEMENT

x _____

I agree to have my child participate in Project Life Impact Program(s). I understand that, by virtue of participation, I, or my child, may risk bodily injury and or other loss. I understand that the submission of this form does not guarantee my child placement in the Project Life Impact program(s). I understand that upon acceptance to Project Life Impact Program(s) I will receive a Parent-Student handbook (if applicable), and enrollment will not be complete until I read, agree to, sign, and return the acknowledgement portion of the handbook. I acknowledge that if I do not receive a handbook I can request one from Project Life Impact (if applicable).

I am the legal guardian or a parent with legal custody of the above named child, and the information on this enrollment application is accurate and complete to the best of my knowledge.

_____ PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE _____ Date



Project Life Impact
Solicitud de Matriculación de Programa

Office Use Only		
SSID#:	Date Rcv'd	Wait List#:
Program Type:		

Estoy interesado en matricular a mi hijo en los siguientes programas de Project Life Impact: (Marque todas las casillas que aplican. Algunos programas no estarán disponibles en todas las escuelas.)

Programa Después de Escuela
 Programa de Verano
 Programa de Sábados
 Programa de Vacaciones de Invierno
 Programa de Vacaciones de Invierno

Nombre LEGAL del Estudiante: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Grado 20B-14	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento	
Escuela					Distrito		# de identificación del estudiante
Nombre del Maestro(a)	Nombre de Consejero Escolar (Si aplica)		Ha atendido, el estudiante, un Programa de Project Life Impact antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si, si, Donde?				
Madre/tutora legal Apellido					Primer Nombre		También, me puede contactar vía texto. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Correo Electrónico			Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Marque si es su número principal	Teléfono Laboral <input type="checkbox"/> Marque si es su número principal	Celular		
Padre/tutor legal Apellido			Primer Nombre		También, me puede contactar vía texto. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Correo Electrónico			Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Marque si es su número principal	Teléfono Laboral <input type="checkbox"/> Marque si es su número principal	Celular		
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección de Residencia del Estudiante (en caso de ser diferente)			Ciudad	Estado	Código Postal		
AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL ALUMNO (Aparte de los Padres) Entiendo que un adulto autorizado (de 18 años o mayor con una identificación con foto) debe firmar diariamente la salida del niño/a del programa. Autorizo a las siguientes personas adicionales (aparte de los padres) a recoger a mi niño del lugar, inclusive en caso de emergencia (adjunte una página adicional si requiere más espacio):							
Primer Nombre y Apellido	Relación	Teléfono de casa	Teléfono Laboral	Celular			
		()	()	()			
		()	()	()			
		()	()	()			
Hay alguna persona con la cual el estudiante no puede estar legalmente en libertad? Una orden emitida por el Tribunal de Justicia (custodia/alejamiento) debe estar en el expediente, en su caso.							
Nombre				Relación			
OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (Solo para propósitos informativos. Una Solicitud de Matriculación se requiere por cada niño.)							
Primer Nombre y Apellido	Relación	Vive en Casa	Escuela	Grado 20A3-14	Actualmente atendiendo el Programa de PLI		
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ESTUDIANTE

- 1. El niño a su cargo esta inscrito en el programa de alimentación gratuita o con descuento "Free or Reduced Lunch Program"? (Opcional) Si No No estoy seguro
- 2. El niño a su cargo fue designado como estudiante que esta aprendiendo ingles "English Learner" (EL)? (Opcional) Si No No estoy seguro
- 3. El niño a su cargo fue designado para recibir educación especial como "Special Education Student" con un programa de educación individualizada "Individualized Education Program" (IEP)? Si No No estoy seguro
- 4. El niño a su cargo cuenta con los beneficios del Plan 504 para discapacitados? Si No No estoy seguro
- 5. El niño a su cargo sufre alguna afección medica, de alergia o tiene otras necesidades o problemas especiales que debiéramos conocer? Si No No estoy seguro

Si respondió afirmativamente a las preguntas 3, 4 o 5 anteriores, sírvase a brindar información detallada: _____

GRUPO ÉTNICO (Opcional): Marque el grupo étnico con el que mejor se identifica el alumno. Por favor marque uno:

- Hispano/ Latino (Una persona de cultura cubana, mexicana, puertorriqueña, sud- o centroamericana, u otra cultura u origen español, sin importar la raza)
- No hispano o latino

CUAL ES LA RAZA DE SU HIJO? (Opcional): La parte anterior de la pregunta es acerca del grupo étnico, no raza. Sin importar lo que seleccione arriba, por favor conteste lo siguiente marcando una o mas casillas para indicar cual considera que es su raza.

- Nativo Americano o Nativo de Alaska (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica))
- Asiático (que incluye Filipino)
- Nativo Hawaiiano u Otro Isleño del Pacifico
- Negro o Afroamericanos
- Blanco (Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o El Oriente Medio)

PUBLICACIÓN DE FOTO/VIDEO/PRODUCTO DEL ALUMNO

Por el presente, autorizo a Project Life Impact, sus empleados, representantes y cesionarios a utilizar y/o publicar las obras que el niño a mi cargo produce durante las actividades.

- Si No

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

ACUERDO DE LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Entiendo que, como parte de la participación del alumno a mi cargo en el Programa de "Project Life Impact", la escuela y/o el distrito escolar pueden compartir datos incl...

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO

En caso de enfermedad o accidente, autorizo a Project Life Impact a solicitar auxilio y asistencia medica llamando a los servicios de emergencia 911 o a obtener tratamiento en un servicio medico de cualquier otra forma. Yo reconozco que Project Life Impact no proporciona cobertura medica para los participantes.

CONTRATO DE PARTICIPACIÓN

El propósito principal de Project Life Impact es proporcionar un ambiente seguro y positivo donde los estudiantes reciban el apoyo académico que necesitan para alcanzar...

Otorgo mi consentimiento para la participación del niño a mi cargo en el/(os) Programa(s) de "Project Life Impact". Entiendo que, en virtud de tal participación, yo o el niño/los Programata(s) de "Project Life Impact" recibiré un manual para padres y alumnos (si aplica), y que la inscripción no estará concluida hasta tanto no lea, este de acuerdo, firme y devuelva la parte del manual relativa a reconocimiento y aceptación. Reconozco que si no recibo un manual lo puedo pedir a Project Life Impact (si aplica).

Soy el tutor legal o el padre con custodia legal del niño antes mencionado, y la información en esta solicitud de inscripción es fiel y completa, según mi leal saber y entender.

Firma del padre/tutor legal

Fecha