

St. John the Evangelist School
 8912 Old Branch Avenue - Clinton, Maryland 20735
 Phone - (301)868-2010 Aftercare Phone (301)868-7744 Fax (301)856-8941

www.saintjohnsschool.org

Registración para el programa de cuidado antes y después de la escuela -2024-2025

Ambos Registración y Contrato deben ser presentados para Junio 30 2024

El Programa de Antes y Después de escuela actúa adjunto a la Escuela de St. John El Evangelista para brindar cuidado a sus hijos antes y después del horario regular de clases. Este programa opera diariamente mientras la escuela esté funcionando de 6:30 AM a 7:40 AM y de 2:45 PM a 6:00 PM con excepción de los medios días en los días Viernes cuando el programa empieza desde las 12:30 PM. Antes de usar este programa, todos los estudiantes deben estar debidamente registrados con un contrato firmado y tener la papelería necesaria antes del primer día de asistencia.

Las familias que usen el Programa regularmente deben tener un contrato fijo. Los planes de contrato es una tarifa única, lo que significa que el cobro es independiente a los números de días que tenga la escuela a la semana. Las semanas de Navidad y Año nuevo como la de pascua no serán incluidas en sus pagos. El cobro no será modificado por días de abstinencia, días de emergencia, días de Nieve, días no planificados o impredecibles

A continuacion estan los servicios y las tarifas disponibles:

Tarifa de Registración: \$125.00 p/familia para los usuarios del Contrato (No reembolsable) **(vence Junio 30, 2024) Registración Tardía \$150.00**

Snack Fee: \$100 p/estudiante Obligatorio según las regulaciones de Childcare de Maryland

Tarifa de Contrato	Horario	5 días	4 días	3 días	2 días	1 día
1 niño Niño Adicional	6:30-7:40 AM	\$30.00 \$15.00	\$25.00 \$12.50	\$20.00 \$10.00	\$15.00 \$7.50	\$10.00 \$5.00
1 niño Niño Adicional	7:15-7:40 AM	\$20.00 \$10.00	\$15.00 \$7.50	\$10.00 \$5.50	\$7.50 \$3.50	\$5.00 \$3.00
1 niño Niño Adicional	2:45 - 4:00 PM	\$35.00 \$17.50	\$30.00 \$15.00	\$20.00 \$10.00	\$15.00 \$7.50	\$10.00 \$5.00
1 niño Niño Adicional	2:45 - 5:00 PM	\$50.00 \$25.00	\$45.00 \$22.50	\$35.00 \$17.50	\$25.00 \$12.50	\$20.00 \$10.00
1 niño Niño Adicional	2:45 - 6:00 PM	\$80.00 \$40.00	\$75.00 \$37.50	\$65.00 \$32.50	\$55.00 \$27.50	\$45.00 \$22.50

Llegada tarde a recoger: Las tarifas son adicionales. Por recoger a sus hijo o hijos después de las 6:00 PM la tarifa es de \$20.00 por alumno por los primeros 15 minutos y luego \$15.00 por cada fracción de 15 minutos o su equivalente. Después de las 6:30 PM la tarifa se duplica

St. John the Evangelist School
 8912 Old Branch Avenue - Clinton, Maryland 20735
 Phone - (301)868-2010 Aftercare Phone (301)868-7744 Fax (301)856-8941
www.saintjohnsschool.org

Registración para Programa de cuidado Antes y Después de la Escuela -2024-2025 (porfavor escriba en letra de molde) FECHA LIMITE Junio 30, 2024

Registración no reembolsable \$125.00 hasta Junio 30, 2024; Registración Tardía \$150.00

#1 Padre de Familia y Direccion _____
 Teléfono de Casa _____ # Tel. de Trabajo _____ # Celular _____ #2 Padre de Familia y Direccion _____
 Teléfono de Casa _____ # Tel. de Trabajo _____ # Celular _____ Nombre (s) y Grado (s) de su(s) hijo (a) (s) _____

Tarifa Contrato \$125.00 p/Familia ____ para Junio 30, 2024 REGISTRACIÓN TARDÍA \$150.00 p/Familia

Tarifa de Contrato	Horario	5 dias	4 dias	3 dias	2 dias	1 dia
1 nino Nino Adicional	6:30-7:40 AM	\$30.00 \$15.00	\$25.00 \$12.50	\$20.00 \$10.00	\$15.00 \$7.50	\$10.00 \$5.00
1 nino Nino Adicional	7:15-7:40 AM	\$20.00 \$10.00	\$15.00 \$7.50	\$10.00 \$5.50	\$7.50 \$3.50	\$5.00 \$3.00
1 nino Nino Adicional	2:45 - 4:00 PM	\$35.00 \$17.50	\$30.00 \$15.00	\$20.00 \$10.00	\$15.00 \$7.50	\$10.00 \$5.00
1 nino Nino Adicional	2:45 - 5:00 PM	\$50.00 \$25.00	\$45.00 \$22.50	\$35.00 \$17.50	\$25.00 \$12.50	\$20.00 \$10.00
1 nino Nino Adicional	2:45 - 6:00 PM	\$80.00 \$40.00	\$75.00 \$37.50	\$65.00 \$32.50	\$55.00 \$27.50	\$45.00 \$22.50

Pago de Refaccion es -\$100 p/estudiante- Obligatorio según las regulaciones de Maryland Child Care

Lunes AM _____ a _____ PM _____ a _____
 Martes AM _____ a _____ PM _____ a _____
 Miercoles AM _____ a _____ PM _____ a _____
 Jueves AM _____ a _____ PM _____ a _____
 Viernes AM _____ a _____ PM _____ a _____
 Total de Dias AM _____ Total de Días PM _____
 Tarifa de Contrato AM: \$ _____ Tarifa de Contrato PM: \$ _____

Tarifa de Contrato Semanal X 4 semanas: \$ _____ Mensual Nombres y Numeros de Telefono de personas autorizadas para poder recoger a su (s) hijo (a) (s)

_____ () _____ #Cell () _____
 _____ () _____ #Cell () _____
 _____ () _____ #Cell () _____

St. John the Evangelist School

8912 Old Branch Avenue - Clinton, Maryland 20735

Phone - (301)868-2010 Aftercare Phone (301)868-7744 Fax (301)856-8941

www.saintjohnsschool.org

Contrato del Programa de Cuidado de Antes y Después de la Escuela -2024-2025 (FORMA OBLIGATORIA)

Junio 30, 2024

Estoy de acuerdo que al momento de hacer uso del programa, las tarifas son fijas sin importar el número de días que mi hijo (a) (s) utilicen el servicio durante la semana. TADS será el que cobre y monitoree todos los pagos. TADS será el que cobre pagos tardíos al igual que recargos por pagos de cheques rechazados. Todas las cuentas serán pagadas mensualmente basándose en las 44 semanas escolares y días de pago en TADS.

Cuota de Refacción será cobrada por estudiante de acuerdo a los reglamentos de Childcare de Maryland. La refacción que se paga se dará a las 4:30; los niños deben traer una refacción de casa para poder comerla a las 2:30PM.

El contrato tiene una tarifa única, lo que significa que la tarifa es independiente al número de días de escuela en la semana. Las semanas de Navidad, Año Nuevo y la semana de Pascua no están incluidas. El cobro no será modificado por días de abstinencia, días de emergencia, días de nieve, días no planificados o impredecibles. Además estoy tengo conocimiento que la tarifa de registración no es reembolsable.

Acepto que si mi cuenta está atrasada un mes, o no cumplo con los compromisos financieros del programa, a mis hijo (a) (s) se les negará el servicio en un futuro o se suspenderá el servicio hasta que mi cuenta esté al día nuevamente. Si mi (s) hijo (a) (s) son suspendidos del programa, yo seré responsable de los pagos pendientes incluyendo los cobros de mora.

Acepto que en caso de mal comportamiento de mi hijo (a) (s) sea un problema será removido del programa y no podrá regresar al mismo. Si en algún momento esto llegara a suceder será responsable del pago total en la cuenta. La decisión de suspender o expulsar a un estudiante del programa será tomada por el director del programa y el o la directora de la escuela. Estoy de acuerdo que en caso que las actividades de la escuela sean canceladas por cuestiones de clima, no se dará servicio. En las ocasiones de apertura tarde, el programa seguirá las regulaciones del Condado de Prince George. Los horarios serán de la siguiente manera: Una hora tarde- El Programa de Antes de la escuela abrirá a las 7:30 AM. Dos horas de retraso el programa de antes de la escuela abrirá a las 8:30 AM. En un caso que el estatus cambie a cancelación de escuela o a un cierre temprano, acepto la responsabilidad de regresar a la escuela por mi hijo (a) (s) inmediatamente o hacer los arreglos necesarios para que sean entregados a un encargado tan pronto sea posible. Acepto que la disposición de este contrato estará en efecto al menos que se haga una modificación por escrito y se le notifique a la Directora del Programa como también a la oficina de tesorería por medio de correo electrónico.

Me comprometo en mantener al día el estado de salud de mi hijo (a) (s) a la Directora del Programa de Antes y Después de la escuela al igual que a la Directora de la escuela. Una nota escrita por el Médico de cabecera y el Dentista será entregada para TODOS los medicamentos que sean necesarios administrar incluyendo los que no necesitan "orden médica". Se entregarán las formas para administrar medicina correspondientes a la escuela. El formulario debe incluir fecha y el medicamento debe estar identificado, en su vaso original de prescripción y la cantidad exacta que se necesita ser administrada, hora del día en que se debe administrar, tiempo del tratamiento y cuales son los efectos secundarios. Se mantendrá un récord de todos los medicamentos administrados en la escuela y en el Programa de cuidado de Antes y Después de la escuela. Todos los medicamentos estarán bajo el control de la Directora del Programa y Directora de la Escuela, se mantendrán bajo llave todo el tiempo. Acepté de igual manera que si mi hijo (a) (s) se enferma o necesita asistencia médica alguien ya designado o mi persona recogerá a mi hijo (a) (s) inmediatamente para que le den la ayuda médica necesaria. En el evento de un caso de vida o muerte de índole médica, yo autorizo al personal del Programa para que realicen las diligencias necesarias para ayudar a mi(s) hijo (a) (s) para su bienestar, asumo toda responsabilidad financiera por la ayuda médica brindada.

Por recoger tarde, después de las 6:00 PM la tarifa es de \$20.00 por alumno por los primeros 15 minutos y luego \$15.00 por cada fracción de 15 minutos o su equivalente. Después de las 6:30 PM la tarifa se duplica

Firma de Padre / Guardián _____ Fecha _____