



Acuerdo de Cuota de High Five

- Educación para la Primera Infancia -

Para Uso Oficial:

Escuela: _____

de ID del Estudiante: _____

Información del Niño(a) y la Familia (por favor, escriba con letra clara)

Nombre del Niño High Five: _____ Fecha de nacimiento: _____
primero inicial del segundo apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____
primero inicial del segundo apellido

Nombre del Padre/Tutor: _____
primero inicial del segundo apellido

Marque la casilla que aplique: El pago se debe hacer el 10 de cada mes, comenzando el 10 de septiembre.

Monto Total de Cuota= Pago Mensual de \$360 por mes por el programa de ½ día (\$720 por mes por el Día Entero) por 10 meses

Mi hijo califica/recibe servicios de educación especial de las Escuelas Públicas de Minneapolis (las cuotas no aplican)

Solicito asistencia de costos basados en una escala. (Por favor CIRCULE la cuota con base en Ingresos y Tamaño del Hogar en la Escala de Cuotas de abajo) Tamaño total del hogar: _____ Ingreso anual total: _____ = Cuota mensual _____

Por favor CIRCULE su cuota mensual con base en su Ingreso Bruto Anual y en el Tamaño del Hogar abajo:

Ingreso Bruto Anual		Tamaño del Hogar							
		2	3	4	5	6	7	8	
0	\$30,044	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Cuota mensual del Programa de ½ día (El Programa de Día Entero será el doble)
\$30,044	\$37,777	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$37,777	\$45,510	\$20	\$20	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$45,510	\$53,243	\$40	\$40	\$40	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$53,243	\$60,976	\$80	\$80	\$80	\$40	Gratis	Gratis	Gratis	
\$60,976	\$68,709	\$120	\$120	\$120	\$80	\$40	Gratis	Gratis	
\$68,709	\$76,442	\$180	\$180	\$180	\$120	\$80	\$40	Gratis	
\$76,442	\$84,175	\$240	\$240	\$240	\$180	\$120	\$120	\$120	
\$84,175	\$105,000	\$300	\$300	\$300	\$300	\$240	\$240	\$240	
\$105,001 +		\$360	\$360	\$360	\$360	\$360	\$360	\$360	

Mi hijo recibe cuidado infantil subsidiado y pagamos un copago de cuidado infantil. Por favor, reduzca mi cuota por copago: Cuota mensual (basada en escala): _____ - Copago de cuidado infantil: _____ = Pago mensual: _____

De acuerdo a la escala yo debería pagar una cuota, pero solicito quedar exento debido a circunstancias familiares especiales.

DEBE COMPLETAR: Solicito quedar exento de pagar las Cuotas de High Five debido a _____
Ninguna familia será excluida debido a su incapacidad para realizar los pagos.

Certifico que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que las autoridades del distrito escolar podrían pedir que la información en esta solicitud sea verificada. La falsedad deliberada de esta información descalificará a mi hijo de la participación en este programa. Notificaré a la Oficina de Educación para la Primera Infancia si/cuando el ingreso del hogar aumente a más de \$100.00 por mes, o si el tamaño de la familia cambia.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Envíe la solicitud completada a la escuela o a:

Early Childhood Education Department ❖ Minneapolis Public Schools ❖ 1250 W Broadway Ave, Minneapolis, MN 55411 ¿Preguntas? Llame al 612-668-0946