



# 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								Cuota mensual del Programa de ½ día (El Programa de Día Entero será el doble)
		2	3	4	5	6	7	8		
0	\$29,100	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$29,101	\$36,600	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$36,601	\$44,100	\$20	\$20	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$44,101	\$51,600	\$40	\$40	\$40	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$51,601	\$59,100	\$80	\$80	\$80	\$40	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis	
\$59,101	\$66,600	\$120	\$120	\$120	\$80	\$40	Gratis	Gratis	Gratis	
\$66,601	\$74,100	\$180	\$180	\$180	\$120	\$80	\$40	Gratis	Gratis	
\$74,101	\$84,100	\$240	\$240	\$240	\$180	\$120	\$120	\$120	\$120	
\$84,101	\$105,000	\$300	\$300	\$300	\$300	\$240	\$240	\$240	\$240	
\$105,001 +		\$360	\$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 ❖ 2410 Girard Ave N Minneapolis, MN 55411**

**¿Preguntas? Llame al 612-668-2140**