

DISTRITO ESCOLAR DE WEST SONOMA COUNTY
2009 - 2010 años escolares
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PASES DE TRANSPORTE ESCOLAR

Semi-anual (Por semestre) El honorario semestral para el servicio del transporte de hogar-a-escuela se demuestra abajo. Favor de rellenar este impreso y remitir su cheque o money orden por la cantidad apropiada (**No efectivo por favor**). El honorario no es retornable. Si usted desea, usted puede remitir el honorario por el año escolar entero. Nosotros enviaremos un pase(s) para cada estudiante y semestre que usted indique. Los pases son intransferibles y el uso de la falsificación o del duplicado de un pase dará lugar a la expulsión del estudiante(s) del autobús escolar. Los pases necesitan ser presentados al conductor del autobús escolar al abordar el autobús diariamente. **NOTA:** Los folletos consisten en 15 boletos. Los estudiantes necesitan dar un (1) boleto **POR** paseo.

FAVOR DE NO CORTAR ESTE FORMULARIO

Honorarios sometidos para: **SEMESTRE DE OTOÑO**
 (8/19/09-12/18/09) **SEMESTRE DE PRIMAVERA**
 (1/4/10-6/3/10)

Favor de enviar los pases para los siguientes estudiantes:

		Semestre	Año	Folletos
1.	_____	\$145.00	\$290.00	\$40.00
	NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	GRADO			
2.	_____	\$145.00	\$290.00	\$40.00
	NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	GRADO			
3.	_____	\$145.00	\$290.00	\$40.00
	NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	GRADO			
4.	_____	\$145.00	\$290.00	\$40.00
	NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	GRADO			

TOTAL REMITIDO: \$ _____

RUTA DEL AUTOBUS #: _____ LOCALIZACION DE LA PARADA DEL AUTOBUS _____ (Favor de incluir, muy importante!)

Nombre del padre (*requerido*): _____ No. Teléfono (*requerido*): _____

Enviar por favor el/los pase (s) a:

Favor de remitir su cheque o money orden a:

WEST COUNTY TRANSPORTATION AGENCY
 367 W. ROBLES AVE
 SANTA ROSA, CA 95407
 ATTN: KATIE
 (707) 206-9988 x 18

NOTA: West County Transportation Agency no aceptara los formularios en persona. Favor de enviar esta aplicación por correo.

Nota: Familias con ingresos moderados; reciben AFDC o estampas para alimento (Food Stamps) pueden calificar para los pases gratis o tarifas reducidas. Favor de completar el dorso de esta forma.

ESCUELAS DEL CONDADO DEL OESTE DE SONOMA
367 W. ROBLES AVE SANTA ROSA, CA 95407 (707) 206-9988 ext.18
APLICACION PARA PASOS GRATIS O DE PRECIO REDUCIDO

SECCION A. Familias con Estampillas de Comida o AFDC nadamas

1. Anote los nombres de los niños elegible para Estampillas de Comida o AFDC:

Apellido	Nombre	Escuela	Clase
----------	--------	---------	-------

2. Escriba el numer del caso de Estampillas de Comida o AFDC:

Estampillas de Comida: _____ AFDC: _____

3. Complete **Seccion C** y firme la aplicacion.

SECCION B. Todas otras familias

1. Esta solicitud es para un niño adoptivo? SI _____ NO _____

2. Anote los nombres de los niños de su familia que asisten escuela

Apellido	Nombre	Escuela	Clase
----------	--------	---------	-------

3. Anote los nombres de los niños de su familia que no asisten escuela

Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
----------	--------	----------	--------

4. Favor de enlister los nombres de todo los adultos de 21 anos de edad o mayors y sus recursos de ingreso. (incluya a cual quier otra persona o cualquier otro recurso de ingresos que contribuya al mantenimiento economico del hogar.)

Apellido	Nombre	Pago por mes	Pension	Welfare	otro ingreso
----------	--------	--------------	---------	---------	--------------

SECCION C. Yo entiendo que la informacion en esta forma es verdadera y correcta. Yo doy fe que el numero de Estampillas de Comida y el numero de AFDC es correcto y todo ingreso esta reportado. Yo entiendo que oficiales de la escuela pueden verificar la informacion y que la informacion mal representada puede causar prosecucion.

Firma de adulto miembro de la familia

Fecha

Direccion _____ Ciudad _____ # Postal _____

de telefono de casa _____ # de telefono de trabajo _____

Nombre de empleo: _____

Direccion de empleo: _____

Parada Del Camion _____ (favor de incluir, es muy importante!!)

For Official Use Only

06-07 AFDC ___ FS ___ FREE ___ REDUCED ___ APPROVED ___ DENIED ___ DATE _____