

BENNETT VALLEY UNION SCHOOL DISTRICT

2019-2020 Año Escolar

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PASE DE TRANSPORTE ESCOLAR

A continuación se muestra el programa de tarifas semestrales (por semestre) para el servicio de transporte de ida y vuelta entre la escuela. Llene este formulario y envíe su cheque o giro postal (sin efectivo) por el monto correspondiente. La cuota no es reembolsable. Si lo desea, puede remitir la cuota para todo el año escolar. Le enviaremos un por cada alumno y semestre que nos indique. Los pases no son transferibles y la falsificación del uso duplicado de un pase resultara en la expulsión del autobús escolar. Los pases deben presentarse al conductor del autobús escolar al abordar el autobús para cada viaje.

LOS PASAJEROS DEBEN MOSTRAR EL PASE CADA VEZ QUE SUBAN AL AUTOBUS.

Por favor, no corte ninguna de esta forma.

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

Tasas de pases de autobus: **Otono (8/15/19-12/20/19)** **Primavera (1/6/20-5/29/20)**

		Semestre	Año	Lanzadera
		\$90.00	\$180.00	\$100.00
Nombre de estudiante	Nacimiento	Escuela	Grado	
		\$90.00	\$180.00	\$100.00
Nombre de estudiante	Nacimiento	Escuela	Grado	
		\$75.00	\$150.00	\$75.00
Nombre de estudiante	Nacimiento	Escuela	Grado	
		\$75.00	\$150.00	\$75.00
Nombre de estudiante	Nacimiento	Escuela	Grado	

Total Remitido: \$ _____

Ruta de autobus# _____ Parada de autobus _____ (Por favor incluya, muy importante)

Nombre de los Padres: _____ Numero de telefono _____

DIRECCION DE DOMICILIO: _____

Por favor haga su cheque a nombre de: WEST COUNTY TRANSPORTATION AGENCY

Las aplicaciones pueden ser enviadas por correo electrónico a: buspass@schoolbusing.org

Preguntas de enrutamiento o precios por favor vaya a: www.schoolbusing.org

Nota: Aquellas familias con ingresos moderados; recibir AFDC o Cupones de Alimentos puede calificar para gratuitos o de tarifa reducida. Use la aplicación en el verso de este forma.

West County Transportation Agency

Ano Escolar 2019-2020 West County Transportation Solicitud de Pase de Autobus Gratis y Reducido

Lea las instrucciones incluidas con la aplicacion sobre como aplicar. Por favor use un boligrafo.

Completar una solicitud por hogar.

Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Paso 1- Informacion del estudiante

Los niños en cuidado de crianza que cumplen con la definicion de personas comidas gratis. Adjunte otra hoja de papel para nombres adicionales.

Nombre de cada alumno que asistira a la escuela Primero, inicial del segundo nombre, apellido	Nombre de la escuela y grado		Fecha de Nacimiento	Marque la casilla correspondiente si crianza, o sin hogar	
				Orfanato	Sin Hogar
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010		

Paso 2- Programas de Asistencia: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR

Algun miembro de la familia (incluido usted mismo) participa actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia?

Si no, omita el paso 2 y complete el paso 3.

En caso afirmativo, no complete el paso 3. Marque la casilla del programa correspondiente, ingrese un numero de caso y luego vaya al paso 4.	El Tipo de Programa:			Numero de caso
	CalFresh	CalWORKs	FDPIR	

Paso 3- Informe de ingresos para todos los miembros del hogar (omita este paso si respondio si al paso 2)

Todos los demas miembros de hogar: enumere TODOS los miembros que no figuran en el Paso 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, informe el ingreso total de cada fuente solo en dolares enteros. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriben 0. Si esta certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar. Reporte todo los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones.

Todos los demas miembros del hogar (Primer Nombre y apellidos)	Ganancias Totales	Con que Frecuencia

Total Miembros del Hogar (Ninos y Adultos)	
---	--



367 West Robles Ave. Santa Rosa CA 95407

707-206-9988 x. 228

Fax 707-206-9901

Paso 4 – INFORMACION DE CONTACTO Y FIRMA ADULTA.

Certificacion: "Certifico (prometo) que toda la informacion en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta informacion se proporciona en relacion con la recepcion de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la informacion. Soy consciente de que si proporciono informacion falsa a proposito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables".

Firma de Adulto:		
Nombre:		
Fecha:	Numero de Telefono:	
Direccion:		
Ciudad:	Estado:	Codio Postal:
E-mail:		