

**Solicitud para un pase del autobús escolar- 2017/2018**  
**AGENCIA DE TRANSPORTACIÓN DE LAS ESCUELAS DEL VALLEDEL ANTILOPE**  
 670 W. Avenue L-8, Lancaster, CA 93534  
 (661) 945-3621

**Marque una o ambas**

Pase del autobús del primer semestre .....08/07/2017 al 12/15/2017 .....   
 Pase del autobús del segundo semestre.....01/08/2018 al 05/31/18.....

CUOTA POR EL SEMESTRE	
Un estudiante: \$100.00	segundo estudiante: \$100.00
<b>Hay una cuota <u>única</u> de \$10.00 al año por costo de procesamiento para TODOS los pases de autobús. Esta cuota es además de la cuota Semestral/Anual</b>	

**SERVICIOS DE ALIMENTOS •44809Beech Ave, Lancaster, CA 93550 • (661) 575-1051.** Si el estudiante califica para alimentos gratuitos o de precio reducido, por favor adjunten una copia de la carta de servicios de alimentos actualizado para calificar para un pase de precio reducido.

Traigan la solicitud completada con su pago (cheque, giro postal, o efectivo) a la Agencia de Transportación de las Escuelas del Valle del Antílope, 670 W. Avenue L-8, Lancaster, CA 93534. La Agencia de Transportación de las Escuelas del Valle del Antílope estará abierta para procesar las solicitudes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., entre semana a partir del 07/17/2017. **Todos los pases a partir del 08/14/2017 (primer semestre) y a partir del 01/16/18 (segundo semestre) tendrán un cargo de \$10.00 por pago atrasado.**

<b>POR FAVOR ESCRIBAN CON LETRA DE IMPRENTA O A MAQUINA – UNA SOLICITUD POR ESTUDIANTE</b>				<b><u>SOLO PARA USO OFICIAL</u></b>		
ESTUDIANTE: APELLIDO		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ESCUELA Y GRADO		CÓDIGO DEL ESTUDIANTE
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA)			TELÉFONO DEL HOGAR		CÓDIGO DEL PADRE	
DOMICILIO - NÚMERO DE LA CASA, CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO DEL PADRE		NÚMERO DE LA PARADA DEL AUTOBÚS	
¿SU HIJO ESTÁ ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS?						
___ DIABETES (incluyendo insulina e inyecciones de glucagón)      ___ EPI-PEN (para prevención de alergias/anafilaxia)      ___ OTRO ___ ATAQUES (tomando medicamento diario)      ___ ASMA (tomando medicamento regular)      ___ CONDICIÓN CARDIACA						
¿ES SU HIJO ALÉRGICO A ALGUN MEDICAMENTO? (por favor describa)						
¿ESTÁ SU HIJO INSCRITO EN UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL? ___ SÍ ___ NO						

**Instrucciones para completar la solicitud** – Lean estas instrucciones y todos los adjuntos en este paquete. **Por favor escriban con letra de imprenta o maquina todas la información.**

1. Una solicitud por estudiante. Escriban primero el **apellido**, luego el primer nombre, la inicial del segundo nombre del estudiante que solicita el pase del autobús, la escuela de asistencia y el grado. Use el nombre con el cual el estudiante está inscrito en la escuela
2. No escriban en la sección de *Solamente para uso de la oficina.*
3. Escriban el nombre del padre/tutor, dirección completa y número(s) de teléfono.
4. Firmen aceptando su entendimiento y su aceptación de las condiciones y responsabilidades como padres.
5. Regresen la hoja de solicitud completa. (No corten las instrucciones: nuestro sistema de ingreso de información no acepta mitades de hojas.)
6. Adjunten una foto instantánea de estudiante actual de 1' X 1' con su solicitud. Por favor escriban su nombre en el dorso de la foto y adjúntenla a la solicitud. Nosotros la laminaremos con el pase. **Sin foto – no hay pase.**

No se harán reembolsos.

Entiendo que mi hijo debe presentar su pase válido cada vez que viaje en el autobús. El no hacerlo dará como consecuencia que se rehúse la transportación del estudiante. El persistir en esta falta tendrá como consecuencia la revocación de el servicio de transportación a cualquier estudiante. Se requiere que los estudiantes sigan las reglas del autobús. El no hacerlo puede provocar la pérdida del servicio de transportación.

Se advierte a los padres que el Distrito no supervisa las paradas del autobús y no es responsable de controlar y conducir a los estudiantes a la parada del autobús. Los padres no podrán descuidar su responsabilidad de supervisar a sus estudiantes hasta que ellos aborden y/o desciendan con seguridad del autobús.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante que solicita el pase de autobús

\_\_\_\_\_  
Fecha

**LAS SOLICITUDES INCORRECTAS O INCOMPLETAS SERÁN REGRESADAS POR CORREO**

H:\WEBSITES\AVSTA\BUS PASS\APP2017-2018