



ACUERDO DE PAGO DE CUIDADO INFANTIL EN EDAD ESCOLAR 2024/2025

Nombre del niño/a: _____

Nombre del encargado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Fecha: _____

Pago mensual después de clases: _____

Usaré un SEVENHILLS Voucher Usaré Asistencia Financiera

Tenga en cuenta que todos los pagos vencen el día 1 del mes para el programa del mes actual. Los pagos realizados después del día 1 del mes incurrirán en un cargo por pago atrasado de \$10. Si no recibe el pago antes del día 5 del mes, su hijo será suspendido del programa hasta que se realicen todos los pagos.

Por favor marque los días que planea asistir:

| | Martes/Jueves | Lunes/Miercoles/Viernes | Lunes-Viernes |
|-----------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| Despues de la escuela 2:10-6:00pm | | | |

Año Escolar 2024-2025 Tarifas: (Tarifas Mensuales)

| | | 2 DÍAS MAR/JUE | 3 DÍAS LUN/MIE/VIE | 5 DÍAS LUN-VIE |
|-----------------|------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| 2:10PM – 6:00PM | Miembro Y | \$184.00 | \$263.00 | \$447.00 |
| | No Miembro | \$212.00 | \$302.00 | \$514.00 |

NUEVO! COMPLEMENTO DE MEDIO DÍA (OPCIONAL PARA GIRO MENSUAL)

Si un niño/a es dado de baja del programa antes del final del año escolar, calcularemos si hay un saldo adeudado por los medios días ocurridos o si necesitamos acreditar su cuenta. La no asistencia a media jornada no dará lugar a un crédito a cuenta.

| | 2 DÍAS MAR/JUE (cubre 5 medios días) | 3 DÍAS LUN/MIE/VIE (cubre 8 medios días) | 5 DÍAS LUN-VIE (cubre 13 medios días) |
|------------|--|--|---|
| Miembro Y | \$12.80/mes | \$20.40/mes | \$33.20/mes |
| No Miembro | \$14.70/mes | \$23.50/mes | \$38.20/mes |



ACUERDO DE PAGO DE CUIDADO INFANTIL EN EDAD ESCOLAR 2024/2025

Por favor seleccione su método de pago a continuación

Giro bancario: Los giros se procesarán el día 1 del mes, si el día 1 cae en día festivo o fin de semana, el giro será procesado el siguiente día laboral. Adjunte un cheque anulado al enviar este formulario. Por favor ponga sus iniciales a continuación:

_____ Si mi banco no paga algún cargo por algún motivo, comprendo que todavía soy responsable de ese pago más un cargo de servicio de \$25.00 aplicado por la YMCA. Esto es adicional a la tarifa de servicio que mi banco puede cobrar.

_____ Los tutores que incumplan con dos giros bancarios no serán elegibles para recibir giros bancarios de inmediato y deberán pagar un mes por adelantado por la atención.

_____ La Junta Directiva de YMCA puede, a su discreción, ajustar la tarifa mensual aplicable al cuidado de mi hijo/a. Entiendo que recibiré una notificación al menos 30 días antes de dicho cambio.

Tarjeta de crédito/débito: los giros se procesarán el día 1 del mes, si el día 1 cae en feriado o fin de semana el giro será procesado el siguiente día laboral.

| | |
|-----------------------|-------------|
| Nombre en la tarjeta: | |
| # de tarjeta: | Código CVV: |
| Vencimiento: | |

Infórmenos si hay algún cambio en su información bancaria o crediticia arriba

Cualquier cambio en el horario de su hijo/a debe enviarse, aprobarse y procesarse antes del día 15 del mes anterior al mes de servicio. Se deberá firmar un nuevo acuerdo de pago para el cambio. He recibo del plan de pago anterior y entiendo y acepto los términos establecidos en este documento. Autorizo a Hampshire Regional YMCA a cargar en mi tarjeta de crédito/débito o giro de mi cuenta bancaria las tarifas indicadas anteriormente. La Autorización permanece vigente hasta que cancele dicha autorización. Entiendo que si Hampshire Regional YMCA no recibe mi pago antes del día 1 del mes, a mi hijo/a no se le permitirá participar en el programa hasta que todas las tarifas estén pagadas y al día.

Firma: _____

Fecha: _____