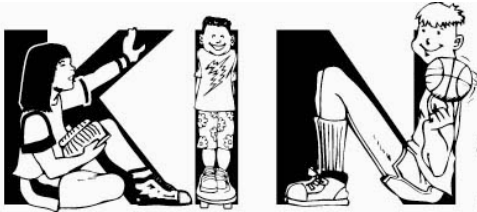


## After School Challenge Program



**KIDS' INVOLVEMENT NETWORK**  
North East Independent School District • Community Education  
8750 Tesoro Drive, San Antonio, Texas 78217 (210) 407-0140  
e-mail: kin@neisd.net

Estimados Padres de Familia,

Los Programas KIN y KIN After School Challenge Programs (KIN ASCP) proveen actividades de enriquecimiento académico y supervisión después de clases para estudiantes de primaria y secundaria de una manera que mejorará su actitud, sus calificaciones y su comportamiento para que sean miembros positivos de la escuela y de la comunidad.

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de la Ciudad de San Antonio (COSA, por sus siglas en inglés) provee una parte de los fondos para el programa de después de clases de su hijo(a) en las escuelas designadas como 'Challenge Site'. La Ciudad de San Antonio requiere una cuota nominal progresiva de participación que se determina según el Índice Federal de Pobreza basado en el ingreso familiar, el tamaño de la familia y el número de niños inscritos.

La inscripción para el programa KIN After School Challenge (KIN ASCP) es un proceso de dos pasos:

**Inscríbese en línea** - Para inscribirse para el año escolar 2019-2020, primero ingrese a su cuenta de 'Skyward Family Access' de NEISD. Si es la primera vez que usa esta plataforma, deberá comunicarse con el servicio de ayuda a usuarios (Help Desk) de NEISD al 210.356.4357 para obtener su credencial de inicio de sesión de Skyward Family Access.

Tenemos computadoras disponibles para la inscripción en línea en la oficina de KIN ubicada en 8750 Tesoro Dr., San Antonio, TX 78217 entre las horas de 8:00 a.m. - 4:30 p.m., de lunes a viernes.

**Complete el formulario titulado 'Application and Eligibility Certification for Services'** que se encuentra en la página 3. Además, también deberá entregar en la oficina del KIN una de las siguientes formas de documentación para apoyar la determinación de su cuota de participación anual en After School Challenge Program:

- Carta de participación en el programa de Comida Gratis/Precio Reducido (*Free / Reduced Lunch*)
- Declaración de impuestos federales del 2018
- 2 talones de pago más recientes
- Verificación de desempleo
- Copia de la carta que certifica participación en el programa TANF o SSI

La solicitud completa y los documentos de apoyo pueden ser entregados en la oficina del KIN en persona al 8750 Tesoro Dr., San Antonio TX, 78217 o enviados por fax al 210.657.8612. Si no recibimos los documentos de apoyo requeridos, se le aplicará la cuota máxima apropiada, según la tabla de cuotas de inscripción del 2019-2020 del *San Antonio After School Challenge Program (2019-2020 City of San Antonio After School Challenge Program Enrollment Fee Schedule)* que se encuentra en la página 2.

Por favor, no dude en comunicarse con el personal de KIN al 210.407.0140 opción 1 si tiene alguna pregunta.

Respetuosamente,

Kids' Involvement Network

*KIN After School Challenge Program es patrocinado en parte por*



**CITY OF SAN ANTONIO**  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**



CITY OF SAN ANTONIO  
**DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**

**Cuotas de participación del 2019-2020 de After School Challenge Program (ASCP)  
 de la Ciudad de San Antonio**

*Fees are subject to change at the discretion of the City of San Antonio*

<b>Costo reducido del programa - Nivel 2</b>		Costo Anual de ASCP	Costo Anual de ASCP	Costo Anual de ASCP
Tamaño de Familia	Ingreso Anual	1 niño	2 niños	3 o más niños
2	\$31,284 ó menos	\$ 25 Costo total	\$ 40 Costo total	\$ 55 Costo total
3	\$39,461 ó menos			
4	\$47,638 ó menos			
5	\$55,815 ó menos			
6	\$63,992 ó menos			
7	\$72,169 ó menos			
8	\$80,346 ó menos			
Por cada persona adicional agregue	\$8,177			
<b>Costo completo del programa- Nivel 1</b>		Costo Anual de ASCP	Costo Anual de ASCP	Costo Anual de ASCP
Tamaño de Familia	Ingreso Anual	1 niño	2 niños	3 o más niños
2	más de \$31,284	\$ 260 Costo total	\$ 420 Costo total	\$ 580 Costo total
3	más de \$39,461			
4	más de \$47,638			
5	más de \$55,815			
6	más de \$63,992			
7	más de \$72,169			
8	más de \$80,346			
Por cada persona adicional agregue	\$8,177			

**NO HAY COSTO ADICIONAL PARA MÁS DE TRES (3) NIÑOS**

Fuente: Federal Register <https://www.federalregister.gov/documents/2019/02/01/2019-00621/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

**APPLICATION AND ELIGIBILITY CERTIFICATION FOR SERVICES**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS Y CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD**

Please write firmly on document.

1. Date / Fecha		2. Residence Address (Street, City, State, ZIP) / Dirección de Residencia en Texas (Calle, Ciudad, Estado, Código)				3. County / Condado		
4. Mailing Address (if different) / Dirección Postal (si es diferente)								
5. Home Phone / Teléfono-Casa		6. Other Phone / Otro Teléfono		7. School District/ Distrito de Escuela <b>NEISD</b>		8. Number of family members including parents / Numero de miembros en la familia (Incluyendo adultos y niños)		
9. Name (Last, First, Middle) / Nombre (Apellido, Primero, Segundo)		10. Relationship to Applicant / Relación de el Apicante	11. Mark X for child in Program / Marca X niños En programa	12. Grade / Grado	13. School / Escuela	14. Date of birth / Fecha de nacimiento	15. SEX / Sexo	16. RACE / Raza
A.		Parent 1						
B.		Parent 2						
C.								
D.								
E.								
F.								
17. Number of Working Hours/ Numero de horas de trabajo:  Mother/Mama: _____ Father/Papa: _____				18. Program Applying For/Solicitud de programa:  ____X____ After School Challenge Program/Programa After School Challenge ____ Summer Program/Programa de verano				
19. Number of College Hours Enrolled/ Numero de horas de colegio se matriculó:  Mother/Mama: _____ Father/Papa: _____				20. Number of Workshop/Training/Continuing Education Hours/ Numero de horas de educacion de taller/formacion/continuacion:  Mother/Mama: _____ Father/Papa: _____				

**IMPORTANT: Be sure that you have answered each question correctly and completely. Do not leave any blanks.**

**IMPORTANTE: Antes de firmar esta solicitud, lea con mucho cuidado para asegurarse de haber contestado correctamente todas las preguntas.**

I understand that: (1) a person who obtains or attempts to obtain, by fraudulent means, services to which the person is not entitled may be prosecuted under applicable state and federal laws, (2) I am entitled to be notified about my eligibility. (3) services will be provided without regard to sex, race, creed, color, national origin, or disability; (4) the information on this application is confidential. I give permission to the City of San Antonio to contact a third party to verify income or family size.

Comprendo que: (1) si obtengo o trato de obtener, por medios fraudulentos, servicios a los cuales no tengo derecho, me expongo a cargos judiciales bajo leyes estatales y federales; (2) tengo derecho a recibir un aviso con respecto a mi elegibilidad para servicios. (3) los servicios serán provistos sin distinción de sexo, raza, credo, color, origen nacional, ni incapacidad; (4) la información que doy en esta solicitud será confidencial. Doy permiso al dela ciudad San Antonio con un tercero para verificar ingresos o el número de familia.

I understand that by signing this form, I am applying for services for the After School Challenge Program or Summer Program. I understand that no refunds or prorated amounts are offered for these services. All information provided on the front side of this document represents a complete and accurate statement of my family's circumstances at the time of application.

Comprendo que al firmar esta solicitud estoy pidiendo servicios de After School Challenge Program o Programa de Verano. Yo entiendo que no habrá devolución ni prorrateo de cantidad alguna por estos servicios. La informacion que se da en esta solicitud es una representación completa y verdadera de la situación actual de la familia del solicitante.

\_\_\_\_\_  
21. Signature–Applicant / Firma–Solicitante Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature–Authorized Representative/ Firma–Representante Autorizado, Persona Responsable, o Testigo Date / Fecha

**Provider Identification Number: 74-6015301**

**Provider Name: North East ISD**

**Provider Phone Number: 210-407-0140**

OFFICE USE ONLY	
22. Household Annual Income \$ _____	
23. Income Verification Documents: _____ Income Tax	
Other: _____	
24. Sliding Scale Fee \$ _____	
25. Receipt Number: _____	

PARENTS: Save your copy of this document and the receipt as proof of payment and of your child's enrollment.

Original-Provider

Copy-Parent