



**COLEGIO PONCEÑO**  
**ACUERDO DE FORMA DE PAGO 2023-2024**

1. Toda familia que tenga pendiente una deuda de cursos anteriores deberá saldar la misma antes de comenzar el nuevo curso escolar para el cual se está matriculando, evitando que se afecten los servicios educativos de sus hijos o menores a cargo.
2. El pago de mensualidad de cada estudiante vence el día primero de cada mes. El Colegio concede un periodo de gracia hasta el día 15 de cada mes para efectuar el pago sin recargo.
3. Pueden pagar las mensualidades mediante el sistema Multipago del Banco Popular, autorización de cobro a tarjeta de crédito, débito directo a su cuenta de banco o en ventanilla.
4. Habrá un cargo de \$50.00 por cada mes en atraso.
5. Si usted solicitó la libreta de pago y no la recibe para el inicio del curso, proceda a efectuar el pago en la ventanilla de recaudaciones en o antes del día 15 del mes de agosto. Las mismas se envían por correo durante el mes de julio a la dirección indicada en la matrícula. De extraviarla, deberá pagar el costo de reorden de \$4.00. Solo se ordenará las mismas antes de noviembre. Luego de esta fecha deberá acogerse a otra forma de pago.
6. No se expedirá documento alguno a estudiantes que no estén al día en sus pagos, aunque hayan sido dados de baja del Colegio.
7. Todos los estudiantes deberán tener al día las mensualidades, el servicio del comedor escolar, las cuotas y el servicio de libros electrónicos para poder tomar los exámenes finales, recibir notas, transcripciones de créditos, togas, diplomas, acceder al programa PlusPortals o recibir cualquier otro documento oficial que sea solicitado.
8. Familias con planes de pago por deuda no tendrán acceso a Plusportal, hasta que cubran la misma.
9. El atraso de dos vencimientos consecutivos será razón suficiente para suspender los servicios educativos a los estudiantes afectados.
10. Si por no estar al día en los pagos algún estudiante no tomara los exámenes semestrales deberá hacer los arreglos pertinentes en las Oficinas de Tesorería y Dirección, antes del 28 de febrero o julio siguiente a dicho semestre. De no hacerlo, será calificado "Incompleto", dado de baja del Colegio y sujeto a repetir el semestre o curso para continuar sus estudios.
11. Si un estudiante se da de baja del Colegio, no se le devolverá el dinero de la matrícula y deberá pagar el balance de las cuotas por estudiante y por familia. Solo se reembolsará cualquier cuota de instrucción pagada por adelantado.
12. Los padres aceptan que, de no cumplir estrictamente con los términos y condiciones del compromiso del pago mensual, su hijo podrá ser dado de baja del Colegio. Se obligan estos además, a satisfacer una suma líquida de mil dólares (\$1,000.00) para costas, gastos y honorarios incurridos por el Colegio para el procedimiento legal del cobro de mensualidades, matrículas y cargos los cuales podrán ser exigidos por el Colegio aunque el pleito se ventile en rebeldía o termine en virtud de transacción. Se acepta la jurisdicción y competencia de la Sala de Ponce del Tribunal de Primera Instancia, no importa el lugar de residencia de los padres deudores.
13. Se debe pagar en efectivo, con giro a nombre del Colegio Ponceño o tarjeta de crédito los atrasos de mensualidades o deudas pendientes.
14. No se recibe pagos mediante cheques personales.
15. Colegio Ponceño, Inc. se reserva el derecho de requerir el pago mandatorio de cuotas adicionales por actividades especiales o recaudación de fondos, según fuese necesario.
16. Los padres o tutores del estudiante deben firmar y devolver al Colegio este documento para que el estudiante se considere matriculado en el Colegio Ponceño.
17. La administración del Colegio se reserva el derecho de enmendar o alterar este acuerdo en el momento que lo estime conveniente para el buen funcionamiento de la institución, notificando a los padres cualquier enmienda. Muchas gracias por permitirnos ayudarles en la educación de su hijo.

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Apellidos y grado del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Autorización para publicar fotos, noticias y trabajos estudiantiles en internet o publicaciones escritas del Colegio Ponceño**

A lo largo del curso escolar, se saca fotos de las actividades estudiantiles y de los mismos alumnos para publicarlas en páginas electrónicas o impresas del Colegio Ponceño.

Como padres o tutores de \_\_\_\_\_  
del grado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizamos que la fotografía de nuestro hijo, su trabajo artístico o creativo puede ser considerado para su publicación en la página de Internet o publicaciones impresas del Colegio Ponceño.

\_\_\_\_\_ No lo autorizamos.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_



Colegio Ponceño 1900 Carr. 14  
Coto Laurel PR 00780-2147  
**tel. 787-848-2525**  
**email: oficina@copin.net**





## NOTIFICACION SOBRE LA PRUEBA DE DOPAJE COMPULSORIA A ESTUDIANTES DE 9NO AL 12MO GRADO



El Colegio Ponceño está comprometido a educar a todos nuestros estudiantes del peligro que conlleva el abuso del alcohol, tabaco y el uso de sustancias controladas. Es la intención del Colegio Ponceño proteger a nuestros estudiantes dentro de una amplia política de salud y bienestar. Es por ello por lo que se busca implementar las correspondientes medidas necesarias de manera rápida y decisiva que desalienten el abuso de alcohol, tabaco y el uso de sustancias controladas.

El Colegio Ponceño ha establecido un programa llamado “El Cruzado Libre de Drogas” (“el Programa”) como parte de una abarcadora política de salud y bienestar.

En agosto de 2014 el Colegio adoptó por primera vez un Protocolo que forma parte integral de la política de salud y bienestar, y que estipula la regulación de los pasos, el procedimiento, las sanciones y otros asuntos relacionados con el Programa.

Las familias de los estudiantes deben leer con detenimiento y discutir con su hijo(a) este protocolo. Copias del protocolo las pueden encontrar en [www.copin.net](http://www.copin.net). De igual manera, la Administración del Colegio estará disponible para explicar detalles, dudas o preocupaciones relacionadas con el Programa o el Protocolo a los padres y/o a los estudiantes.

El Programa se compone de una prueba de orina compulsoria de dopaje semestral para los estudiantes del Colegio Ponceño de los niveles de 9no al 12mo grado. Otras pruebas aleatorias (*random*) adicionales podrán realizarse. Para estas pruebas aleatorias la Administración determinará quiénes formarán parte de la muestra representativa en cada prueba. Por medio del Programa, el Colegio Ponceño tiene el propósito de proteger la salud y el bienestar de nuestros estudiantes, contrarrestar la presión de grupo negativa para que el estudiante se oponga convincentemente a probar y/o experimentar sustancias controladas en el momento en que éste sea expuesto.

También tiene como meta promover que todos los compañeros del Colegio se encuentren en la misma situación, disminuyendo así, toda posibilidad de que uno de nuestros estudiantes exponga a otro de nuestros estudiantes al mal social de la droga. Además, el Colegio Ponceño, por medio del Programa, busca identificar y asistir a los estudiantes con problema de uso de sustancias controladas y dirigirlos a recibir la ayuda apropiada y necesaria para superar el mismo. El Colegio Ponceño cree fielmente que el uso de cualquier tipo de droga es incompatible con las exigencias físicas, mentales, emocionales y académicas impuestas a su estudiantado. Entiende también, que afecta negativamente a la imagen de la Institución.

Implantamos este programa, por ahora de 9 a 12 pero con posibilidad de expandirlo a otros grados, porque esperamos que nuestros alumnos sean excelentes estudiantes, seres humanos rectos e íntegros, personas que aporten al cambio del mundo; pero, sobre todo, anhelamos que lleven en su ser, el rostro amado del más bello de los hombres: Jesucristo, nuestro Maestro, nuestro Hermano y nuestro Amigo. Ése es nuestro más alto sueño y nuestro más caro ideal.

## **FORMULARIO PARA FIRMAR SOBRE EL PROTOCOLO “El Cruzado Libre de Drogas”**

He leído y entendido el Programa de Prueba de Dopaje Compulsorio del Colegio Ponceño titulado "El Cruzado Libre de Drogas" y el Protocolo. He compartido y discutido todas las cláusulas con mi hijo(a). El Colegio está en la disposición de aclararnos cualquier duda o preocupación sobre el Programa o el Protocolo.

Entiendo que, bajo el Programa, mi hijo(a), será expuesto a una prueba compulsoria por semestre. Otras pruebas se harán aleatoriamente (“*random*”) en el transcurso del año académico.

Autorizo a que un laboratorio externo, bajo contrato con el Colegio Ponceño, realice pruebas de orina a mi hijo(a), menor de edad quien lleva el nombre abajo indicado, para detectar la presencia de sustancias controladas. Entiendo que la información provista por el Programa es completamente confidencial y solamente tendrán acceso a esta los padres del estudiante, el estudiante, el personal del laboratorio y los empleados designados del Colegio Ponceño que se encuentren participando del Programa, según establecido en el Protocolo.

Entiendo que de la prueba dar positivo, se aplicará el procedimiento establecido en el Protocolo, el cual es parte integral del Reglamento de Estudiantes del Colegio Ponceño.

Entiendo que se me facturará a mi cuenta una cuota anual de \$60.

Nombre del Estudiante:

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Tutor (letra del molde):

\_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Tutor:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# 2023-2024 Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar un bolígrafo (NO lápiz).

## PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

**Definición de Miembro del Hogar:** "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia." Niños adoptivos temporales ("Foster") que cumplen con la definición de migrante, sin hogar, o fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre del Niño	I	Apellidos del Niño (hasta donde alcancen los espacios)	¿Estudiante?		Grado Escolar	ID Comedor	Niño Migrante, Foster, Sin hogar, Fugitivo	
			Si	No			Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugitivo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? Circule su respuesta: Si / NO

Si usted indicó NO > Complete PASO 3 Si usted indicó SÍ > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)

No. de Caso:   
Escriba sólo un número de caso en este espacio.

## PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Si' en el PASO 2)

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).

### A. Ingreso del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingreso del niño \$   
¿Con qué frecuencia?  
 Semanal  Quincenal  Bi-Sem.  Mensual  Anual

### B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos	¿Con qué frecuencia?					Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia?					Pensión/Jubilación Otros ingresos	¿Con qué frecuencia?													
		Semanal	Quincenal	Bi-Sem.	Mensual	Anual		Semanal	Quincenal	Bi-Sem.	Mensual	Anual		Semanal	Quincenal	Bi-Sem.	Mensual	Anual									
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)   
 Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar   
 Marque si no tiene número de Seguro Social

## PASO 4 Información de Contacto y Firma de Adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible)  Apto #  Ciudad  Estado  Código Postal  Teléfono y correo electrónico (opcional)   
 Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde):  Firma del adulto que llenó el formulario:  Fecha de hoy:

**Instrucciones** Fuente de Ingresos

Fuente de Ingresos de Niños		Fuente de Ingresos de Adultos		
Fuente de Ingreso de los niños	Ejemplos	Ingreso por concepto de trabajo	Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención	Pensión / jubilación / otros ingresos
Ingreso por concepto de trabajo	Un niño tiene un trabajo a tiempo completo o parcial donde ganan un sueldo o salario	Sueldos, salarios, bonos en efectivo Cobro de ingresos netos por auto empleo (finca o negocio)	Compensación por desempleo Indemnización por trabajo	Pago por seguro social (incluyendo beneficios de jubilación y pulmón negro del ferrocarril)
Seguro Social: Pago por Discapacidad	Niño sea ciego o es discapacitado y recibe los beneficios de Seguro Social	Si estás en el ejército de Estados Unidos:	Ingreso por Seguridad Suplementario (SSI)	Pagos por pensiones privadas o por incapacidad
Pago por beneficio como sobreviviente	Los padres están deshabilitado, jubilado o fallecido, y su niño recibe beneficios de Seguridad Social	Pago básico, pago de bonos y pago en efectivo (no se incluya la paga de combate, FSSA o subsidios privatizado de vivienda)	Asistencia en efectivo por parte del estado o del gobierno local Pago por pensión alimenticia de niños Pago por beneficios de veteranos de guerra	Pagos por ingresos regulares del estado o por fondos trust
Ingreso de una persona fuera del núcleo familiar	Un amigo o algún miembro familiar que de forma regular aporta a los gastos de los niños	Pago por subsidios de vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	Pagos por beneficios de huelga	Anualidades, Ingresos por inversiones, Intereses ganados, Ingresos por renta
Ingresos de cualquiera otra fuente	Un niño recibe ingresos de forma regular de un fondo de pensiones privado, de una anualidad o de fondos tipo trust			Pagos regulares en efectivo fuera del núcleo familiar

**NO CUMPLIMENTE ESTA PARTE** ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ESCUELA

Conversión Anual de Ingresos: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Quincenal  Cada 2 Semanas  Mensual  Año Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Categoricamente Elegible:  Elegibilidad por Ingresos: Gratis  Reducido  Pagando

- Error Prone
- Verificación por Causa
- Muestra

Firma del Funcionario

Autorizado para Determinar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario

Autorizado para Confirmar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

Firma del Funcionario

Autorizado, 2da Revisión Independiente.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

**Resultado Verificación:**

Firma del Funcionario Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

**Resultado Monitoría:**

Firma del Funcionario Autorizado: \_\_\_\_\_ Firma Monitor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

**OPCIONAL** Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

No Aplica. Puerto Rico tiene una dispensa para no solicitar información relacionada a Identidad Racial.

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDFIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDFIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer implementación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

Política pública de la ley de derechos civiles de los programas de nutrición del niño de "USDA"  
De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se

prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo; U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.