

**PAID TRANSPORTATION PROGRAM
2011-2012 INFORMATION FOR NON-ELIGIBLE BUSING**

Non-Eligible Bus Transportation may be available for students who live under 1 ½ miles from their attendance center. There is a limited amount of space available for Non-Eligible busing and students are assigned to an existing route and stop on a first come first serve basis. Transportation is based on the school calendar as designated by the Board of Education. There will be no discounts or refunds made for vacation and/or emergency days as declared by the Superintendent of Schools. If space is needed for an eligible transportation student, bus riding privileges for paid student riders may be discontinued and a pro-rated refund will be issued. Past privileges do not guarantee future privileges from one year to the next. Open, available seating on existing bus routes is the primary factor in determining if paid ridership is available for purchase. In most cases, existing stops will be assigned.

Applications with payments (money order or cashier’s check only) can be accepted at your local school. All applications must be mailed to the Valley View School District 365U, Spangler Transportation, 39 E. Forestwood Drive, Romeoville, Illinois 60446. Payments by money order, cashier’s check and/or credit card can be made at the Transportation Office or by calling 815-886-6686 between the hours of 10:00am and 4:00pm, ask for either Ann or Gladys.. **Credit card payments cannot be made at schools.**

The Board of Education provides activity buses for junior high and high school students who live over 1 ½ miles from school.

Cost: Paid Transportation Fees for the 2011-2012 school years are:

<u>Number of Children</u>	<u>Full School Year</u>	<u>Per Semester</u>	<u>Per Quarter</u>
One Child	\$500.00	\$250.00	\$125.00
Two Children	\$625.00	\$312.50	\$156.25
Three or more Children	\$725.00	\$362.50	\$181.25

1st Semester - August 24, 2011 thru Jan. 14th, 2012

2nd Semester - Jan. 15, 2012 thru June 6, 2012

Cancellation of participation that requires refunds may take 2 weeks to process.

School District Policies will be followed for any and all discipline. School personnel will handle all discipline problems. If suspended for any length of time, no refund will be made for the time the student does not ride. Suspension or expulsion from the bus does not exclude attendance from school. The only musical instruments that will be permitted on the bus will be those that fit on a student’s lap.

If you have any questions, please call the Transportation Office at 815-886-6686. The office is open Monday through Friday, from 7:00AM to 4:00PM. Forms are also available at the District website, www.vvvsd.org, select District Departments, select Transportation, select Transportation Forms to the right of the screen.

Valley View School District
Spangler Transportation Center
39 East Forestwood Drive
Romeoville IL 60446
(815) 886-6686

PROGRAMA DE TRANSPORTE ESCOLAR DE PAGA
2012-2012 INFORMACION PARA LOS ESTUDIANTES NO ELEGIBLES PARA LA
TRANSPORTACION

Transportación para los estudiantes que viven a menos de 1½ milla de distancia a la escuela. El espacio es limitado para este programa, los estudiantes son asignados a rutas y paradas ya existentes, favor de reservar su espacio lo más pronto posible. La transportación será basa en el calendario escolar designado por el Consejo de Educación. No habrá descuentos ni reembolsos hechos por vacaciones o días por emergencias declarados por el Superintendente de la Escuela. No habrá reembolso si los padres o tutor desean descontinuar el servicio de transportación. . Una parada del autobús ya establecida será asignada.

Las aplicaciones con los pagos (giros, cheques registrados o tarjetas de crédito) pueden ser aceptados en la escuela local. Todas las aplicaciones tienen que ser mandadas a Valley View School District 365U, Spangler Transportation, 39 E. Forestwood Drive, Romeoville IL 60446. Pagos por giro, cheques registrados o tarjetas de crédito pueden ser hechos también en la Oficina de Transporte.

El Consejo de Educación proporciona transportación para las actividades después de la escuela par a los estudiantes de secundaria y preparatoria que viven más de 1½ milla de distancia de la escuela.

Costo: Pagos para la Transportación del año 2011-2012 son los siguientes:

<u>Número de Estudiantes</u>	<u>Total por el año Escolar</u>	<u>Semestre</u>	<u>Qüarto</u>
Un niño/a	\$500.00	\$250.00	\$125.00
Dos niños/as	\$625.00	\$312.50	\$ 156.25
Tres o más niños/as	\$725.00	\$362.50	\$ 181.25

Primer Semestre – Agosto 21, 2011 hasta Enero 16, 2012.

Segundo Semestre – Enero 17, 2012 hasta Junio 7, 2012.

Se seguirán las reglas del Distrito Escolar para los problemas disciplinarios. El personal de la escuela se encargara de ellos. Si el estudiante llega a hacer suspendido por un periodo largo de tiempo no habrá reembolso. Suspensión o expulsión del autobús, no debe interferir con la asistencia a la escuela. El único instrumento que se permite en el autobús son los que quepan sobre las piernas del estudiante.

Si tiene alguna pregunta, por favor de llamar a la Oficina de Transportación al (815) 886-6686, esta oficina esta abierta de Lunes a Viernes, de 7:00AM a 4:00PM. Las formas también están disponibles en la pagina de Internet del Distrito www.vvsd.org, seleccione Transportation, seleccione Transportation Forms a la derecha de la pantalla.

Valley View School District
Spangle Transportation Center
39 East Forestwood Drive
Romeoville, IL 60446
(815) 886-6686

**Valley View Community Unit School District 365
Spangler Transportation Center**

Application for Paid Transportation Program

Student ID # _____ School _____

Grade _____ (If Kindergarten AM or PM)

Name of Student _____
Last First

Address, City, Zip _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

I have read and fully understand the Program details and Waiver and Release of All Claims. The undersigned is (are) the parent(s) or legal guardian(s) of the above named students.

(Signature of parent/guardian) (Date)

Childcare provider to fill out this section: (If applicable).

I, _____; the undersigned, reside at

Address City IL Zip

Phone # _____ will be the childcare provider.

I have read and fully understand the above Program details and by my signature, swear and affirm that the information stated above is true and correct.

(Signature of childcare provider) (Date)

Reviewed by Transportation Staff: _____ (Initials)
Cashier Check, Money order _____
Credit Card # _____ Expiration Date: _____ CVC # _____
Name as it appears on card: _____
Approved: _____ Denied _____
Date: _____

Information faxed to school: Route # _____ Date Begins _____

Pickup time _____ Stop Location _____

Parent notified _____

This form is available at the district website
<http://vvsd.org> and at each school building.

PLEASE SUBMIT A SEPARATE SHEET AND APPROPRIATE FEE FOR EACH STUDENT.

**Distrito Escolar Valley View 365U
Centro de Transporte Spangler**

Aplicación Para el Programa de Transporte de Paga

de ID del Estudiante _____ Escuela _____

Grado _____ (Si en Kínder, indique si es AM o PM)

Nombre de Estudiante _____
Apellido _____ Primer Nombre _____

Dirección, Ciudad, Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

He leído y comprendido la descripción del programa, así como las formas legales que condicionan la prestación de servicios y el compromiso de liberar al distrito de cualquier queja o demanda relacionada con la prestación de este servicio.

(Firma de Padre/Madre/Tutor) _____ (Fecha)

Cuidado de niños (Guardería): (si aplica).

Yo, _____; quien firma la presente, vivo en

Dirección Ciudad IL Código Postal

de Teléfono _____ será la persona responsable para el cuidado del alumno.

He leído y entiendo los detalles del Programa, y firmo, juro, y afirmo que la información en esta forma es verdad y correcta.

(Firma de Persona Responsable Para el Cuidado del Alumno) _____ (Fecha)

<p>Reviewed by Transportation Staff: _____ (Initials) Cashier Check, Money order _____ Credit Card # _____ Expiration Date: _____ CVC # _____ Name as it appears on card: _____ Approved: _____ Denied _____ Date: _____</p>
--

Information faxed to school: Route # _____ Date Begins _____

Pickup time _____ Stop Location _____

Parent notified _____

CADA ESTUDIANTE REQUIERE UNA FORMA Y CUOTA SEPARADA

Esta forma está disponible en la página de internet
www.vvsvd.org o en cada escuela.

**VALLEY VIEW C.U.S.D 365U TRANSPORTATION DEPT
ALTERNATIVE LOCATION DROP OFF/PICK PROGRAM**

(This form must be completed annually along with a copy of driver's license or State ID of both the parent and child care provider).

WAIVER & RELEASE OF ALL CLAIMS:

Please read this form carefully and be aware that in signing up and participating in this program you will be waiving and releasing all claims for injuries that might be sustained arising out of participation in this program.

The undersigned hereby request(s) that the School District allow the student to participate in the Alternate drop-off/pick up program (the "Program"). Under the program, the student will be transported daily to and from the alternate drop-off/pick up location, rather than the Student's residence, at the beginning and end of each school day. The undersigned represent(s) and warrant(s) that the student will be met and custody of the Student will be assumed by a responsible adult at the alternative drop-off/pick-up location. The undersigned(s) hereby agree(s) to waive and relinquish all claims the undersigned (s) may have as a result of participating in the Program against the School District, its officers, agents, servants, and employees. The undersigned (s) hereby fully release and discharge the School District, its officers, agents, servants, and employees from any and all claims for injuries, including death, damage, or loss which the undersigned(s) may have or which may accrue on account of participation in the Program. The undersigned(s) hereby fully release and discharge the School District, its officers, agents, servants, and employees from any and all claims for injuries, including death, damage, or loss which the undersigned(s) or the Student may have or which may accrue on account of participation in the program.

CONDITION OF PARTICIPATION

1. The residence of the child care provider must be within walking distance, with no intervening IDOT safety hazard areas, of the bus route serving the child's school.
2. No deviation shall be required in the established bus routing.
3. Participation shall be contingent upon availability of space on the bus route.
4. Parent(s) or legal guardian(s) must sign above Waiver and Release of All Claims form.
5. Participation in this Program is contingent upon five-days-per-week participation for a minimum period of one semester.
6. Participation in the Program will terminate in the event that any false or misleading information is provided on this form

I am giving my permission for my child(ren) to ride Valley View School District 365U buses for the school year. I realize my child(ren) must walk to an existing bus stop, and I assume full responsibility for my child(ren) getting to and from the bus stop safely. I am also aware that if my child(ren) misbehave, or if space is needed for an eligible bus student, my child(ren) may lose bus riding privileges.

A new request must be submitted at the end of each school year for the next school year.

If you have any questions, please call the Transportation Office at (815) 886-6686. The office is open Monday through Friday, from 6AM to 4:30PM.

**VALLEY VIEW C.U.S.D 365U TRANSPORTATION DEPT
ALTERNATIVE LOCATION DROP OFF/PICK PROGRAM**

Include a copy of driver's license or state ID of both the Parent and child care provider.

PARENT TO FILL OUT THIS SECTION:

Name of Student: _____ Student ID# _____

Address, City, Zip: _____

SCHOOL: _____ GRADE: _____
(IF KINDERGARTEN AM OR PM)

Parents work phone# _____ (home) _____

I have read and fully understand the above Program details and Waiver and Release of All Claims. The undersigned is (are) the parents (s) or legal guardian (s) of the above named student.

(Signature of Parent of Legal Guardian) (Date)

CHILD CARE PROVIDER TO FILL OUT THIS SECTION:

I, _____; the undersigned, reside at
Please print name

Address City IL Zip

Phone# _____ will be the child care provider.

I have read and fully understand the above Program details and, by my signature, swear and affirm that the information stated above is true and correct.

Signature of Child Care Provider: Date:

Review by Trans. Dept: Date _____ SCHOOL YEAR _____

Approved _____ Denied _____

INFORMATION TO BE FAXED TO SCHOOL

School: _____ Route# _____

P/u Time: _____ Stop ID# _____ Driver: _____

Stop Location: _____

This form is available at the district website
<http://vvsd.org> and at each school building.

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION DEL DISTRITO ESCOLAR VALLEY VIEW 365U

Programa de localización alterna para recoger y dejar estudiantes.

(Esta forma debe ser completada cada año junto con una copia de la licencia de conducir o identificación del estado de los padres y del proveedor de cuidado de niños.)

RENUNCIA Y LIBERACION DE TODAS LAS DEMANDAS:

Por favor lea esta forma cuidadosamente y tenga en cuenta que al firmar y participar en este programa usted renuncia y libera al Distrito Escolar por cualquier reclamo relacionado con heridas que pudieran haber sido causadas por la participación en este programa.

Quien firma, solicita al distrito que permita al estudiante participar en el programa de localización alterno para recoger y dejar estudiantes. Bajo este programa, el estudiante será transportado diariamente al inicio y al final de cada día escolar, a la dirección alterna, en lugar de la residencia del estudiante. Quien firma la presente representa y garantiza que el estudiante va a hacer recogido y custodiado por la persona adulta responsable, en la localización alterna. Quien firma este documento esta de acuerdo con renunciar a todo reclamo que pudiera tener como resultado de participar en este programa, en contra del Distrito Escolar, sus oficiales, agentes, servidores y empleados. Quien firma este documento libera totalmente al Distrito Escolar, sus oficiales, agentes, servidores y empleados de cualquier y todo reclamo por heridas, incluyendo la muerte, danos o perdidas que el firmante pudiera tener o ocurrir en la participación de este programa.

CONDICIONES PAR PARTICIPAR EN LE PROGRAMA:

1. La residencia del proveedor de cuidado de niños debe estar dentro de una distancia corta caminando a la parada del autobús, sin ninguna zona peligrosa en la ruta del autobús al servicio de la escuela del niño, identificada por el Departamento de Transporte del Estado de Illinois.
2. Sin ninguna desviación requerida en la ruta ya establecida del autobús.
3. La participación dependerá del espacio disponible en la ruta del autobús.
4. Los padres o tutor legal deben firmar la forma de renuncia y liberación situada arriba.
5. La participación en este programa es de cinco días a la semana y un periodo mínimo de seis meses.
6. La participación en este programa será terminada en el caso de falsa o engañosa información provista en esta forma.

Yo le doy permiso a mi hijo/a de usar los autobuses de las Escuelas Publicas de Valley View Distrito 365U por el año escolar. Yo estoy consiente de que my hijo/a debe caminar a una parada del autobús ya existente, y yo asumo completa responsabilidad de my hijo/a llegue seguro a la parada del autobús. **También estoy consiente que si my hijo/a se comporta mal, o si el espacio es necesario para un estudiante que es elegible para la transportación, my hijo/a podría perder el privilegio del servicio de trasportación.**

Una nueva aplicación tendrá que ser entregada al final de cada año escolar para el próximo año escolar.

Si tiene alguna pregunta, por favor de llamar a la Oficina de Transportación al (815) 886-6686. La oficina esta abierta Lunes a Viernes, de las 6AM a las 4:30PM.

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE DEL DISTRITO ESCOLAR VALLEY VIEW 365U
Programa de Localización Alternativa para la Recolección y Entrega de Usuarios de
Autobús Escolar

Tiene que incluir una copia de identificación de los dos padres y persona responsable del cuidado del alumno

Padre/Madre llenar esta sección:

Nombre del Alumno: _____

Dirección, Ciudad, Código Postal: _____

Escuela: _____ Grado: _____

(Si es Kínder, indique si es AM o PM)

de Teléfono (del trabajo) _____ (de casa) _____

He leído y comprendido la descripción del programa, así como las formas legales que condicionan la prestación de servicios y el compromiso de liberar al distrito de cualquier queja o demanda relacionada con la prestación de este servicio.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Persona Responsable por el Cuidado del Alumno:

Yo, _____; quien firma la presente, vivo en
Nombre

Dirección Ciudad IL Código Postal

de teléfono _____ y seré la persona responsable for el cuidado del alumno.

He leído y entiendo los detalles del Programa, y firmo, juro, y afirmo que la información en esta forma esta correcta.

(Firma de Persona Responsable Por el Cuidado del Alumno)

Fecha

Reviewed by Trans. Dept: Date _____ SCHOOL YEAR _____

Approved _____ Denied _____

INFORMACION QUE SERA ENVIADA POR FAX:

School: _____ Route # _____

P/U Time: _____ Stop ID # _____ Driver: _____

Stop Location: _____

Esta forma está disponible en la página de internet
www.vvsvd.org o en cada escuela.

