



Para poder solventar el programa de Generaciones de Fe pedimos a cada familia (non-tithing) \* que contribuya para poder pagar los costos de materiales del año escolar. Hay un cargo extra para la preparación a los sacramentos para cubrir gastos de materiales.

**GENERACIONES DE FE**

Adultos Mayores <i>(65 años y mayores)</i>	\$60
Familias sin hijos/as	\$120
Familias con hijos/as	\$320

**PREPARACIÓN SACRAMENTAL**

*PAGOS PARA MATERIALES DE*

La Primera Reconciliación	\$50
La Confirmación y Primera Eucaristía	\$50

Se puede dividir los pagos de Generaciones de Fe en ocho pagos si sea necesario. Se puede hacer los dos primeros pagos al inscribirse y los demás pagos pueden ser hechos cada mes utilizando los sobres de Generaciones de Fe. Las Familias sin hijos/as podrían hacer ocho pagos de \$15 cada vez. Familias con hijos/as podrían hacer ocho pagos de \$40.00

Si acaso no puedes pagar la cantidad entera, podrás pedir consulta de los integrantes de la oficina sobre arreglos con respeto a pagos ya cuando registres en el programa.

\* *Una familia tithing es aquella que contribuye al menos con \$10.00 por semana.*

## ¿Estás inscribiendo a alguien quien sea menor de 18 años?

Ésta forma tiene que ser entregada junto con la forma de inscripción de GOF

### Autorización para Tratamiento Médico

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza \_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de un **accidente serio**, la oficina tratara de comunicarse con nosotros padres de familia, excepto cuando la vida de mi hijo/a este en peligro. Si no puedo ser contactado en caso de una emergencia, la persona arriba mencionada puede decidir en mi lugar. En caso de cualquier enfermedad o accidente, no responsabilizare a la parroquia Sta. Juana de Arco ni a la Diócesis de Phoenix. En caso de enfermedad o accidente, yo autorizo y doy mi consentimiento para un examen de rayos-x-, una anestesia, o tratamiento medico, dental, quirúrgico o tratamiento y cuidado en un hospital para mi hijo/a bajo la supervisión general o especifica de un doctor, dentista o cirujano que tenga licencia para practicar en el estado de Arizona o en cualquier otro estado. Además, yo entiendo y estoy de acuerdo que los gastos que se generen por el tratamiento medico, dental o de hospital serán solo mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Fecha*

### Autorización para Entrevista y Fotografía

Por este medio autorizo a la Diócesis Católica de Phoenix y la Parroquia Sta. Juana de Arco utilizar el nombre de mi hijo o nombre de mi familia, ya sea en fotografía o en películas, audio y video, fotografía, incluyendo sus voces y características, con o sin su nombre, para cualquier propósito promocional involucrando a la Diócesis o la Parroquia Sta. Juana de Arco, noticias, o historias en el Catholic Sun, la pagina de Internet de Sta. Juana de Arco ([www.stjoanofarcaz.org](http://www.stjoanofarcaz.org)) o cualquier otro medio para cualquier propósito, excepto para algún promocional de artículos comerciales. Estos artículos pueden ser usados sin límite o cobro alguno.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Fecha*

### Consentimiento del Padre

Para aquellas familias en las que los dos padres comparten la custodia de sus hijos, por favor firme abajo para indicar que ambos padres están de acuerdo en que sus hijos reciban estos sacramentos en la Iglesia Católica.

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Madre*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Fecha*