

**ACUERDO DE PARTICIPACION – EL PROGRAMA DE BECAS PROMETIDAS**

El programa de becas prometidas, desarrollado por la Fundación comunidad de Wabash County, ofrece a los estudiantes en grados 4-8 la oportunidad para ganar becas e igualar de ahorrar para ayudar a pagar la universidad después de graduarse de escuela secundaria. Por trabajo completado en la escuela -- establecer objetivos, entregar las asignaturas, aprender sobre opciones en universidades o carreras -- los estudiantes podrían ganar tanto como $1000 en becas.

Para ganar becas prometidas, hay que estar de acuerdo para participar en la beca prometida:

Le permito a  la fundación comunidad, Manchester Community Schools, Metropolitan School District of Wabash County, Wabash City Schools, St Bernard Catholic School, CollegeChoice529, el estado de Indiana, Indiana Education Savings Authority, and Ascensus Broker Dealer Services, Inc., incluyendo todos sus afiliados, directores, oficiales, empleados, contratistas, representantes y agentes (colectivamente, “Representativos de la Beca Prometida”) a hacer fotos, grabados de video/audio/sonido y entrevistas (colectivamente, “Depicciones”) de mí o de mi niño puesto en este acuerdo por su uso legal conectado con el program de becas prometidas, incluyendo el uso en obras audias o visuales, materiales mercados, media social, web sitios, comerciales o algo más. Les doy a los representativos de la beca prometida el derecho, título e interés a todas las obras, y también les permito que muestren todas estas obras.

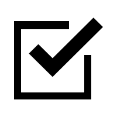
AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE DOCUMENTOS EDUCACIONALES PROTEGIDOS:

Les permito a Manchester Community Schools, Metropolitan School District of Wabash County y Wabash City Schools que comparten información educacional de mi niño, como descrito abajo, por el propósito que mi niño puede solicitar y ganar becas por el programa de becas prometidas. El nombre de la persona o grupo de personas autorizados a recibir esta información son empleados de la fundación comunidad de Wabash County, 220 East Main St, North Manchester, IN 46962. Los siguiente documentos pueden ser compartido por la escuela de mi niño: Todos los documentos educacionales de mi niño que muestran que mi niño ha realizado todo el criterion académico para ser elegible para una beca por el programa de becas prometidas ofrecido por la fundación comunidad de Wabash County. Permito esta liberación con respeto a los documentos educacionales de mi niño hasta el fin de su octavo año en la escuela.

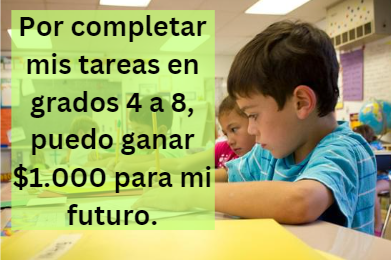
Yo libero los representativos de la beca prometida de pérdidas, castigos, acciones, causas de acción, daños, quejas o labilidad con respeto a la información de mí o de mi niño.

También libero el derecho a aprovechar el uso de las obras o derechos por compensación en conección con el uso de depicción de las obras como descrito.

Certifico que soy el padre/guardiano de este niño puesto en el acuerdo de participación. He leído los contentos de este documento, y entiendo completamente su significado, y lo firmo con mi propia libertad.

**¡Sí! Quiero que mi niño gane becas prometidas.**

Certifico que toda la información que he proveído en este acuerdo de participación es correcto y completo, y que acepto los períodos, derechos y responsabilidades dicho en este acuerdo. Este acuerdo continúa por la duración de la participación de mi niño en este programa.



**ACUERDO DE PARTICIPACION**

**Padre/Guardiano**

Padre #1 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre #2 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estudiante**  
Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Fecha de nacimiento:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profesor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grado: \_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Mi firma abajo indica que he leído y entiendo los períodos en el otro lado de este formulario.*  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**LE ANIMAMOS A ABRIR UNA CUENTA DE COLLEGECHOICE 529**

Quiero abrir una cuenta 529 en www.CollegeChoiceDirect.com   Escriba un número de cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_