



SANTA MARIA JOINT UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

2560 SKYWAY DRIVE SANTA MARIA, CA 93455 805-922-4573

<http://www.smjuhsd.k12.ca.us/>

Tablet Insurance – Class of 2019 only (Seguro de Tableta) Application Valid for Current School Year - (Aplicación Valida para el Ciclo Escolar Actual)

Board Policy and Administrative Regulation 3530 authorizes the District "to provide students/parents and staff with voluntary/optional insurance." This insurance policy will provide full replacement cost coverage on and off school grounds. The policy is also transferable to a replacement unit.

(La Política y Reglamento Administrativa 3530 de la Mesa Directiva autoriza al Distrito "a proporcionar a los estudiantes/padres y al personal con un seguro voluntario/opcional". Esta póliza de seguro proporcionará cobertura total de los costos por reemplazo dentro y fuera de la escuela. La póliza también se puede transferir a la unidad de reemplazo.)

Limitations	Limitaciones
• No coverage for loss	• No hay cobertura por la pérdida
• Theft claim requires a police report	• El incidente de robo requiere reporte a la policía
• Maximum of 3 claims for duration of enrollment	• Máximo de 3 reclamos durante el periodo de inscripción
• Must be purchased annually	• Debe adquirirse anualmente
• Coverage period: 1 year from first day of school	• Período de Cobertura: 1 año desde el primer día de escuela
COVERAGE FOR REPLACEMENT OR REPAIR OF TABLET \$10.00 PER YEAR	COBERTURA PARA EL REEMPLAZO O REPARACIÓN DE TABLETA \$10.00 POR AÑO

Coverage must be purchased within 14 days of receipt of equipment.
(La cobertura debe ser adquirida dentro de los primeros 14 días de recibir los equipos.)

Student Last Name
(Apellido del Estudiante)

Student First Name
(Nombre del Estudiante)

Student 6-digit Permanent ID Number
(6 dígitos Estudiante Número Permanente ID)

Birthdate
(Fecha de Nacimiento)

- I am aware insurance for the tablet is available for \$10 annually. I elect not to purchase the insurance and am responsible for the entire replacement cost.
- Estoy consciente que seguro para la tableta está disponible por \$10 al año. No elijo comprar el seguro y soy responsable de todo el costo para reemplazar la tableta.

Signature (Staff, Parent or Guardian) (Firma (Empleado, Padre, o Tutor))

Date (Fecha)

Office Use Only (Solamente para Uso Oficial)

Received \$10 () Cash () Check # _____

SITE: () PVHS () SMHS () ERHS () DHS () SSC () Other _____

"All educational programs and activities under the jurisdiction of the State Board of Education shall be available to all qualified persons without regard to sex, sexual orientation, gender, ethnic group identification, race ancestry, national origin, religion, color, or mental or physical disability pursuant to the California Code of Regulations."

"Todos los programas y actividades educativas bajo la jurisdicción de la Mesa de Educación del Estado estarán a disposición de todas las personas calificadas, sin distinción de sexo, orientación sexual, género, grupo étnico, ascendencia, origen nacional, religión, color o discapacidad mental o física de acuerdo al Código de Regulaciones de California."