



Holy Name of Jesus Catholic School 2025-2026 Tuition & Fee Information

By signing below I acknowledge that I know the tuition and fees for the 2025-26 school year BEFORE financial aid. I also know that any financial aid awarded will only apply to tuition.

Parents/Guardians:

Address:

City:

State:

Zip:

Home Phone:

Tuition Rates:

Grade	1 Child	2 Children	3 Children
K-8	\$4920	\$ 9840	\$ 14,760
Preschool	\$5650	\$11,300	\$16,950

**Tuition Assistance is not available for Preschool students.*

Fees:

Enrollment Fee

Enrollment Fee	PER STUDENT
March 1 st – April 30 th	\$75
May 1 st – August 31 st	\$100

Resource Fee

Resource Fee	
1 student	\$200
2 or more students	\$275

FACTS Fees

FACTS Grant & Aid	\$30
FACTS Tuition Management	\$50

**** If you choose to withdraw from Holy Name these fees are non-refundable.**

Signature:

Date:

Love of God, Love of Neighbor, Love of Learning

Holy Name Catholic School
Formulario de Inscripción del Estudiante

Año escolar: _____ Nuevo o Estudiante actual Grado en el que se inscribe: _____
Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Nombre preferido: _____ Apellido de la familia: _____
 Masculino Femenino Fecha de nacimiento : _____
Católico: Sí No Ciudad y estado de nacimiento: _____
Vive con: Ambos padres Madre Padre Madre / padrastro Padre / madrastra
Abuelos Otro _____

Las pautas federales requieren que registremos la raza / origen étnico de cada niño. Debe responder a la siguiente pregunta y luego indicar su raza. El hispano se considera una etnia y no un grupo racial. Si es de origen hispano, también debe seleccionar un grupo racial.

¿Es usted hispano / latino o de origen español? Sí No

Seleccione uno o más de los siguientes grupos raciales:

Indio americano / nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico Blanco

Escuela anterior a la que asistió: _____

Escuela de primaria pública y área del distrito: _____

¿Tiene este estudiante un IEP? Sí No En caso afirmativo, necesitaremos una copia para nuestros registros.

Información médica:

Medicamentos que toma este estudiante: _____

Enumere los problemas de salud de este estudiante aquí: _____

Enumere las alergias de este estudiante: _____

¿Podemos darle Tylenol a este estudiante? Sí o No Advil? Sí o No Midol? Sí o No
Benadryl? Sí o No TUMS? Sí o No ¿

Podemos darle medicamentos recetados a este estudiante? Sí o No (El personal de la escuela debe tener el consentimiento de los padres y la orden de un médico para dispensar medicamentos. El nombre del niño y la dosis deben estar en el frasco de prescripción.)

Comentarios: Ingrese aquí cualquier comentario adicional sobre este estudiante.

Si el estudiante es católico, ingrese la siguiente información si no la ha enviado previamente.

Fecha de bautismo: _____ Parroquia: _____

Fecha de primera reconciliación: _____ Parroquia: _____

Fecha de primera comunión: _____ Parroquia: _____

Fecha de confirmación: _____ Parroquia: _____

Holy Name Catholic School
Formulario de inscripción Familiar

Año escolar: _____ Apellido de la familia: _____

Marque: Nuevo o Familia que regresa

Familia Afiliación religiosa: _____ Parroquia: _____

Información de La Casa

Estado paterno: Casado Separado Divorciado Volvido a casarse Soltero Viudo/Viuda Otros

Estudiantes viven con: Madre Padre Madre/Padrastra Padre/Madrastra Abuelos Otro

Idioma que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____

Escriba la dirección de las personas con quienes viven los estudiantes.

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico _____ Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Si la dirección de correo electrónico de la familia sería la misma que la dirección de correo electrónico del padre o la madre, deje este espacio en blanco.

Excluir a la familia del directorio de la escuela

Excluir la dirección del directorio de la escuela

Padre

Madre

Nombre: _____

Nombre: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono celular: _____

Excluir el celular del padre del directorio escolar

Excluir el celular de la madre del directorio escolar

Teléfono de Trabajo: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Correo electrónico: _____

Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Excluir el correo electrónico del directorio escolar

Religión: _____

Religión: _____

Otros niños que viven en este hogar

Nombre: _____ Edad: ____ Nombre: _____ Edad: ____

Nombre: _____ Edad: ____ Nombre: _____ Edad: ____

Otros adultos que viven en este hogar

Transporte

Indique a cualquier otra persona que pueda recoger a sus estudiantes.

Contactos de Emergencia

Enumere a las personas que pueden ser contactadas en caso de una emergencia si el padre/tutor no está disponible.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre 2: _____ Teléfono 2: _____

Información Médica

Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Hospital: _____

Si una segunda familia debe recibir información de la escuela, ingrese esa información a continuación.

Nombre: _____ Relación con el/los estudiante/s: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Comentarios: Ingrese cualquier comentario adicional sobre su familia que crea que la escuela debería tener. _____

Firma del Padre _____ **Fecha** _____

Solo para uso de oficina:

Fecha de recepción: _____ Cuota pagada: _____

Recibida por: _____ Cheque # _____ Efectivo _____



Holy Name Catholic School
1007 Southwest Boulevard, Kansas City, KS
66103
P: 913.722.1032 F:913-722.4175

Release of Records

Student: First	M.I.	Last
School:	Current Grade:	DOB:

Please send the requested records by mail or fax to:

Holy Name Catholic School
1007 Southwest Boulevard
Kansas City, KS 66103

FAX: 913.722.4175

Holy Name Catholic School hereby request all of the following school records:

- Attendance
- Discipline
- Standardized Test Scores
- Report Cards
- Medical

Parent/Guardian Signature:	Date:

Love of God, Love of Neighbor, Love of Learning



Medical Record Medical History

In accordance with K.A.R. 28-4-117, a completed medical record shall be on file for all children in care under 10 years of age and all children living in the home under 16 years of age. The Medical Record shall include a Medical History including current Immunizations and a Child Health Assessment.

The Medical Record is transferable when the child moves to another licensed child care facility.

Child's First Day in Child Care _____ Name of Child Care Facility _____

Child's Name _____ Date of Birth _____ Gender _____
First Last MM/DD/YYYY M/F

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian Information

Name _____ Name _____
Home Address _____ Home Address _____
Street City Zip Code Street City Zip Code
Home/Cell Phone Number _____ Home/Cell Phone Number _____
Work Phone Number _____ Work Phone Number _____
E-mail Address _____ E-mail Address _____
Best way to contact _____ Best way to contact. _____

Persons authorized to pick up the child or to notify in case of emergency (other than the parents):

Name _____ Name _____
Address _____ Address _____
Phone Number _____ Phone Number _____

Child's Physician _____ Phone Number _____

Hospital Preference (for emergencies) _____

Any known allergies or medical conditions of child: _____

Any major changes at home that might affect your child in care: _____

Please provide additional information or special instructions that will help the person caring for your child:

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Date of annual review: _____ Parent/Guardian Initials: _____ Provider Initials: _____

Date of annual review: _____ Parent/Guardian Initials: _____ Provider Initials: _____

Date of annual review: _____ Parent/Guardian Initials: _____ Provider Initials: _____

Date of annual review: _____ Parent/Guardian Initials: _____ Provider Initials: _____

Medical Record:

Medical History Cont. - Immunizations

Required for all children in child care facilities, including the provider's own children. A Kansas Certificate of Immunizations (KCI) may be substituted for this form and attached to the completed Medical Record.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
First Last MM/DD/YYYY

Section I. For a recommended schedule of immunizations, refer to the current schedule published by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

Vaccine	Record the Month, Day and Year that each Dose of Vaccine was Received					
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP)						
Poliomyelitis (IPV/OPV)						
Measles, Mumps, Rubella (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicella (VAR)			Hx of Disease: Physician Signature		Date of Illness:	
Hemophilus Influenzae Type B (Hib)						
Pneumococcal Conjugate (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recommended <8 mo.; not required						
Influenza (Flu) **Recommended annually >6 mo.; not required						

Section II.

Complete this section only if your child is exempted from the law requiring immunizations [K.S.A. 65-508(g)].

The following two options are the ONLY exemptions allowed by law. Please check either (A) or (B) below and complete as required:

(A) Certification from licensed physician stating that immunization would endanger child's life:
 Exempt from following immunizations:
 ___DTaP/DT ___Tdap/TD ___Pertussis Only ___Polio ___MMR ___Hep A ___Hep B ___Hib
 ___PCV ___Varicella ___Other

Physician's Signature (required): _____ Date: _____

(B) My child is exempt under the law from immunizations. As the Parent or Legal Guardian, I state that I am an adherent of a religious denomination whose teachings are opposed to immunizations.

Section III.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Evaluación de Donación y Asistencia

FACTS hace la calidad de educación asequible para familias por medio de asistir a las escuelas con la asignación de ayuda financiera. Trabajamos con las escuelas para crear una solicitud personalizada y coleccionar datos financieros para que las escuelas puedan tomar decisiones precisas basadas en la necesidad económica.

Para solicitar ayuda financiera visite la página web de su escuela y haga clic al enlace de FACTS.

<https://online.factsmgt.com/aid>

<https://online.factsmgt.com/singin/43BFJ>

Al completar su solicitud en línea, usted necesitara subir los documentos requeridos.

Se requieren los siguientes documentos para completar el proceso de solicitud:

- Declaración de Impuestos Federales del IRS, incluyendo todos los formularios respaldantes (el año de la declaración de impuestos depende de los requisitos de la escuela). Si el solicitante y el co-solicitante declaran por separados, requerimos ambas declaraciones de impuestos para el mismo año.
- Copias de todas las más recientes W-2 Wage and Tax Statements para el solicitante y el co-solicitante.
NOTA: Si está solicitando antes de recibir todas las más recientes W-2 Wage and Tax Statements, por favor sométalas tan pronto sean disponibles.
- Copias de todos los formularios respaldantes si tiene ingresos/pérdidas de cualquier de los siguientes:
Negocio - Envíe Formulario(s) y la Forma 4562 Depreciación y Amortización
Hacienda - Envíe Formulario(s) y la Forma 4562 Depreciación y Amortización
Propiedad Rentable - Envíe Formulario(s)
Sociedad Anónima Pequeña (S) - Envíe Formulario(s), la Forma 1120S (5 páginas), el Formulario K-1, y la Forma 8825
Sociedad Colectiva (o de Personas) - Envíe Formulario(s), la Forma 1065 (5 páginas), el Formulario K-1, y la Forma 8825
Caudales Hereditarios y Fideicomisos - Envíe Formulario(s), la Forma 1041, y el Formulario K-1

IMPORTANTE: Si usted declara impuestos pero sus ingresos no son reportados en una Forma W-2 porque trabaja por su cuenta, se requiere someter la copia del año más reciente de su declaración de impuestos federales.

- Copias de toda documentación respaldante para ingresos no sujetos a impuestos como el Seguro Social, Asistencia Pública, Sostén de Menores, Estampillas de Alimento, Compensación al Trabajador, y Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF) recibidos en el hogar. Si usted no declara impuestos, se requiere documentación de ingresos no sujetos a impuestos.

Toda la documentación enviada por un solicitante se digitaliza apenas se recibe y luego se destruye por razones de seguridad.

Usted puede entrar en su cuenta de FACTS para verificar el estado de su solicitud. **Por favor permita dos semanas para el proceso de la solicitud antes de preguntar sobre la recepción y/o el estado de los documentos que subió en línea.** La fecha límite de la solicitud es establecida por la escuela o institución donando las becas. Si usted está solicitando después de la fecha límite establecida, por favor comuníquese con su escuela o institución para asegurar que su solicitud será aceptada.

Pago de la cuota no-reembolsable puede ser requerido antes de su solicitud ser sometida.

NOTA: Las decisiones sobre las donaciones otorgadas no son tomadas por FACTS, si no por la organización proveyendo la beca.