

Arkansas Educación para Adultos
2020-21 Formulario de admisión/ Intake Form
(*Denota información requerida/ Denotes a required field)

*Start Time: _____
*End Time: _____
*Intake Hours: _____

*Staff: _____ *Date: _____

*LEA: _____ *Site/Location: _____

Información del participante

*Apellido: _____ *Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Sufijo: _____

SSN: _____

Note: Social security card or acceptable alternative documentation must be presented and viewed by intake staff. If documentation has not been presented, the SSN cannot be recorded in LACES.

***Programa:**

- ___ Educación para adultos-ABE/ASE
- ___ Educación para adultos-ESL
- ___ Alfabetización de adultos
- ___ Ciudadanía
- ___ Correccional
- ___ Alfabetización familiar
- ___ IEL/CE
- ___ IET (educación y capacitación integradas)
- ___ Otros
- ___ Transición (ESL → Abe/Ase → Post-secundaria)
- ___ No asignado
- ___ Clases de trabajo

Programa secundario:

- ___ Aprendizaje a distancia
- ___ Persona sin hogar analfabeta
- ___ IEL/CE (Alfabetización inglesa integrada y educación cívica)

Oportunidades aceleradas: ___ Sí ___ No

Programa salarial: ___ Sí ___ No

Estudiante de ESL: _____

*Área de residencia: ___ Rural ___ Urbano

*Fecha de nacimiento: _____

*Sexo: ___ Femenino ___ Masculino

*** Liberación para 16/17 años** (place copy in student's folder):

___ Orden de la Corte (Court Order) ___ Escuela en Casa (Home School) ___ Escuela pública (Public School)

¿Puntuación de 535 en TABE nivel A o D? (Score of 535 on TABE level A or D?) ___ Sí ___ No

Examen de ciudadanía completado (Citizenship Test Completed): ___ Sí ___ No

***Palabra clave del estudiante** (Student Keyword)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|
| ___ ABE | ___ AR Works | ___ Reingreso (Reentry) |
| ___ ASE | ___ ARS | ___ SNAP/E&T |
| ___ Sentencia Alternativa
(Alternative Sentencing) | ___ Aprendizaje a distancia | ___ TANF |
| | ___ ESL | ___ Otros: _____ |

* Identidad Etnicidad: Hispano/Latino ___ Sí ___ No

*** Raza:**

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ___ Nativo Americano/Nativo de Alaska | ___ Nativo Hawái/Islands del Pacífico |
| ___ Asiática | ___ Blanco |
| ___ Negro o Afro-Americano | ___ Dos o más razas |

*** Nivel educativo más alto completado** en la entrada del programa:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna escuela | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/preparatoria alternativa |
| <input type="checkbox"/> Grado _____ | (i.e. GED ®) |
| <input type="checkbox"/> Grado _____ Sin diploma (Bachillerato) | <input type="checkbox"/> Algunas Postsecundaria, ningún diploma |
| <input type="checkbox"/> Diploma o credencial de la escuela secundaria/
preparatoria | <input type="checkbox"/> Diploma de Postsecundaria o profesional |
| | <input type="checkbox"/> Desconocido |

*** Ubicación:** Escuela de los EEUU Escuela Fuera de los EEUU

Último mes/año atendidos: _____/_____

*** Estatus de empleo en la entrada del programa:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo | <input type="checkbox"/> No disponible para el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Desempleados | <input type="checkbox"/> Empleado con aviso de separación |
| <input type="checkbox"/> No Buscando trabajo | |

*** Barreras al empleo:** Sí No

Si es así, marque todos los que apliquen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barreras culturales | <input type="checkbox"/> Jóvenes de cuidado de crianza temporal |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado | <input type="checkbox"/> Sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Doméstica desplazada | <input type="checkbox"/> Desempleo a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Bajos ingresos | <input type="checkbox"/> Bajos niveles de alfabetización |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de inglés | <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante |
| <input type="checkbox"/> Ex-infractor | <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola temporero |
| <input type="checkbox"/> Extendiendo TANF en 2 años | <input type="checkbox"/> Padre o Madre/Guardián soltero |

Experiencia de servicio militar: Sí No

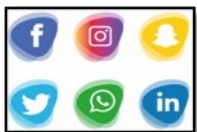
*** Notificado de obligación de servicio selectivo:** Sí No
 No aplicable

Este varón de 18-25 años de edad ha sido informado de su obligación de registrarse en el sistema de servicio selectivo de los Estados Unidos y ha sido informado de cómo registrarse. Consulte este sitio web:
<https://www.SSS.gov/RegVer/wfRegistration.aspx>

*** Dirección:** _____ *** Código postal:** _____

*** Ciudad:** _____ *** Condado:** _____ *** Estado:** _____

Teléfono: _____ (Celular) _____ (Casa)



Dirección de correo electrónico:

_____@_____.com

Medios Comunicación Social (Facebook/Instagram, etc):

—
Preferencia de contacto: _____

Contacto de emergencia (nombre y teléfono): _____

*** Correccional:**

___ No

___ Sí, comunidad

___ Sí, estado

___ Sí

___ Sí, Condado

___ Sí, federal

Recluso #: _____

*** Institucional:** ___ No ___ Sí

Discapacidad aparente o revelada: ___ Sí ___ No

Discapacidad de aprendizaje específica: ___ Sí, revelada/observado ___ Sí, documentado

Notas: _____

Note: If a disability is disclosed, please have the student sign the Authorization for Release of Strictly Confidential Information to Local Staff or Volunteers form and keep in a separate locked file. (Appendix A)

***Intercambio de datos acordado?** ___ Sí ___ No *(Si es así, Firma del estudiante requerida en la página 4)*

***País de Nacimiento:** _____

Demographic Tab

***Idioma nativo:** _____

Education Tab/Language

***¿Cómo supo del programa el participante?**

___ Amigo o miembro de la familia

___ Periódico o revista

___ Panfleto o folleto

___ Empleador

___ Radio

Student Data Tab/Custom Fields/Custom String

___ Televisión

___ Sitio web

___ Ninguno

___ Otro: _____

***Agencia de referencia:**

Student Data Tab/Custom Fields/Custom String 2

___ American Job Center (AJC)

___ Servicios de Rehabilitación de Arkansas (ARS)

___ Iniciativa de Caminos de Carrera (CPI)

___ Organización de alfabetización

___ Departamento Correccional (DOC)

___ Departamento de Salud (DOH)

___ Departamento de Servicios Humanos (DHS)

___ Departamento de servicios para ciegos (DSB)

___ Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral (DWS)

___ Asistencia Transitoria al empleo (TEA)

___ Programa de Asistencia Nutrición Suplementaria (SNAP)

___ Organización basada en la fe

___ Ninguna

___ Otros: _____

Información adicional opcional:

___ Licencia de conducir

___ Transporte Confiable

___ Registrado para Votar

Notas adicionales /comentarios (por ejemplo servicios de apoyo necesarios or pedido, la asistencia a otro programa de educacion de adultos, los intereses del programa, etc.)

La educación para adultos de Arkansas provee oportunidades educativas iguales a todos los estudiantes sin importar raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, ascendencia o desventaja.

No se excluirá de la participación, ni se les negarán los beneficios o serán objeto de discriminación en los programas o actividades patrocinados por una entidad pública.

Acuerdo de intercambio de datos *(must be signed and marked in LACES in order to be Data Matched)*

Doy permiso para la información recogida en la a datos de educación para adultos Arkansas Sistema de gestión para ser utilizado en el intercambio de datos dentro de la división de Educación de carrera/educación para adultos del Departamento de Arkansas, y con el Departamento de servicios de la fuerza laboral de Arkansas y el Departamento de educación superior de Arkansas.

* Imprima el nombre del estudiante: _____

*Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Apéndice A

Arkansas educación para adultos/alfabetización Planificación y política de discapacidades de aprendizaje

Autorización para la liberación de información estrictamente confidencial a personal local o voluntarios

Doy mi permiso para divulgar la información contenida en el (los) documento(s) indicados a continuación: Por favor, fecha, inicial y comprobar [✓] los elementos apropiados a continuación.

Fecha	Iniciales	Punto de verificación
_____	_____	[] Detección de necesidades de aprendizaje
_____	_____	[] Formulario de ingesta actual
_____	_____	[] Expedientes de la escuela de:
_____	_____	[] Otros registros de:

Fecha	Iniciales	[✓]	Nombre del personal

Doy permiso para divulgar la información contenida en los documentos indicados arriba a las siguientes personas con fines educativos o de evaluación:

Si la misma información se puede poner a disposición de varias personas del personal, por favor liste sus nombres a continuación. Entonces fecha, inicial y comprobar [✓] los individuos apropiados. Si la información diferente va a varias personas, use formas separadas.

Doy permiso para divulgar la información contenida en los documentos indicados arriba a las siguientes personas con fines educativos o de evaluación:

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de mi firma o hasta que sea revocada por escrito, lo que ocurra primero. Esta publicación ha sido leída en voz alta para mí y comprendo su contenido.

Nombre (Impresión): _____

Firma: _____

Fecha:

Nombre de la persona que publica la información: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Divulgación de información confidencial y/o académica

Yo, _____ (Nombre del Estudiante), autorizo
_____ (Nombre del Programa) a usar mi nombre y / o foto de la
siguiente manera:

(A continuación, si está de acuerdo)

_____ Paquete de Graduación, envío por correo, programa, comunicado de prensa, y / o folleto

_____ Boletín

_____ Televisión

_____ Grabación en video

_____ Fotografiando

_____ Radio

_____ Medios Comunicación Social

_____ Otro _____

_____ Todos los listados arriba

Esta liberación es válida desde la fecha de la firma hasta _____ (Fecha de finalización) o hasta que sea cancelada por el bajo firmante por escrito. Entiendo que mi participación en GED® Testing se mantendrá confidencial y no se utilizará en ningún otro medio que no sea el indicado anteriormente sin mi consentimiento.

Este formulario de publicación ha sido leído y revisado conmigo, y comprendo su contenido.

(Firma del Estudiante)

(Firma del Guardián)

(Fecha)

(Dirección Postal / PO Box)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)