

Arkansas Educación para Adultos
2021-22 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/Islas 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

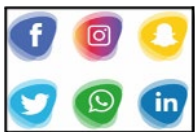
*** Notificado de obligación de servicio selectivo:** Sí No
 No aplicable

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)