

Arkansas Educación para Adultos
2021-23 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

Estudiante de ESL: _____

*Área de residencia: ___ Rural ___ Urbano

*Fecha de nacimiento: _____

*Sexo: ___ Femenino ___ Masculino

***Completar solo si el estudiante tiene 16/17 años**

Razón por la que el menor asiste a la educación de adultos: ___ Orden judicial ___ Escuela en el hogar
___ Exención de la escuela secundaria

Última escuela a la que asistió: _____

*** 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? (Score of 535 on TABE?) ___ Sí ___ No

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

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

___ ABE

___ AR Works

___ ESL

___ ASE

___ ARS

___ Reingreso (Reentry)

___ Sentencia Alternativa

___ Aprendizaje a distancia

___ SNAP/E&T

___ TANF

___ 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:

___ Ninguna escuela

___ Escuela secundaria/preparatoria alternativa
(i.e. GED®)

___ Grado _____

___ Grado _____ Sin diploma (Bachillerato)

___ Algunas Postsecundaria, ningún diploma

___ Diploma o credencial de la escuela secundaria/
preparatoria

___ Diploma de Postsecundaria o profesional

___ Desconocido

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

Último mes/año atendidos: _____/_____

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

___ Empleado tiempo completo

___ No disponible para el trabajo

___ Empleado a tiempo parcial

___ Jubilado

___ Desempleados

___ Empleado con aviso de separación

___ No Buscando trabajo

* **Barreras al empleo:** ___ Sí ___ No

Si es así, marque todos los que apliquen:

___ Barreras culturales

___ Jóvenes de cuidado de crianza temporal

___ Discapacitado

___ Sin hogar

___ Doméstica desplazada

___ Desempleo a largo plazo

___ Bajos ingresos

___ Bajos niveles de alfabetización

___ Estudiante de inglés

___ Trabajador agrícola migrante

___ Ex-infractor

___ Trabajador agrícola temporero

___ Extendiendo TANF en 2 años

___ 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>

¿Cuál de los siguientes tiene en casa para que podamos comunicarnos con usted y / o conectarlo con los servicios?

- Computadora con cámara
- Computadora sin cámara
- Cámara web
- Auriculares con micrófono
- Teléfono móvil
- Teléfono de casa
- Acceso a Internet
- Impresora
- Escáner

* 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 5)*

*País de Nacimiento: _____

Demographic Tab

Education Tab/Language

*Idioma nativo: _____

***¿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



- Medios sociale
- 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)