\*Start Time: \_\_\_\_\_\_\_

\*End Time: \_\_\_\_\_\_\_

\*Intake Hours: \_\_\_\_\_



Arkansas Adult Education

2017-18 Intake Form

(\*Denotes a required field)

\*Staff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*LEA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Site/Location: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información del Participante

\*Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Note: Social security card must be presented by the student and viewed by intake staff. If the social security card has not been presented, the social security number* ***cannot*** *be recorded in the data management system.*

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Sexo: \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Masculino

\*Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Rural o \_\_\_\_ Urbana

\*Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /casa

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medios de Comunicación Social (Facebook /Instagram, et): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de identificación del estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número del recluso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Idioma nativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País de origen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de llegada a EEUU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Refugiado: \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

\_\_\_\_ Licencia de Conducir \_\_\_\_ Transporte Confiable \_\_\_\_ Registrado para Votar

\*Exención para los 16/17 años (coloque la copia en la carpeta del estudiante)/*Waiver for 16/17 year olds (place copy in student’s folder)*:

\_\_\_ Orden de la corte /Court Order \_\_\_ Escuela en casa /Home School \_\_\_ Escuela pública/Public School

Puntuación de 8,5+ en TABE nivel A?/Score of 8.5+ on TABE level A? \_\_\_ Sí /Yes \_\_\_ No

\*Identidad Etnicidad: Hispano/Latino: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

\*Raza:

\_\_\_ Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático

\_\_\_ Asiático

\_\_\_ Negro o afroamericano

\_\_\_ Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

\_\_\_ Blanco

\_\_\_ Dos o mas razas

\*Nivel de educación en la entrada del programa

Último nivel educativo completado:

\_\_\_ Desconocido

\_\_\_ Sin escolarización

\_\_\_ Grados 1-5

\_\_\_ Grados 6-8

\_\_\_ Grados 9-12 (Sin Diploma)

\_\_\_ GED ® (Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_ Diploma de Secundaria/suplente

Credencial (fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_ Algún colegio, sin título

\_\_\_ Título universitario o profesional

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

Último mes/año asistido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Última Escuela Asistida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Educación de adultos Historia:

\_\_\_ Inscrito al presente/*currently enrolled*

\_\_\_ Previamente inscritos /*previously enrolled*

Nombre del programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Obtuvo GED® /Diploma de secundaria

\_\_\_ Obtuvo un Certificado

Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Clases de trabajo en el lugar de trabajo

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Ninguna

\*Situación laboral al ingreso al programa:

\_\_\_ Empleado \_\_\_ Desempleado \_\_\_ No esta en la fuerza laboral

\*Barreras (marque todas las que apliquen):

\_\_\_ Habilidades básicas deficientes

\_\_\_ Barreras culturales

\_\_\_ Discapacitado

\_\_\_ Trabajador desplazado

\_\_\_ Ama de casa desplazada

\_\_\_ Económicos en Desventaja/Bajos Ingresos

\_\_\_ Estudiante de inglés/English Language Learner

\_\_\_ Ex-infractor

\_\_\_ Extendiendo TANF en 2 Años

\_\_\_ Asistencia financiera a través de WIOA

\_\_\_ Adulto \_\_\_ Juventud

\_\_\_ Jóvenes de cuidado de crianza temporal

\_\_\_ Sin hogar

\_\_\_ Vivir en el área rural

\_\_\_ Desempleo a largo plazo

\_\_\_ Bajos niveles de alfabetización

\_\_\_ Trabajador Agrícola Migrante

\_\_\_ Asistencia pública

Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Trabajador Agrícola Temporal

\_\_\_ Padre o Madre soltero

\_\_\_ Rehabilitación vocacional

\_\_\_ Wagner-Peyser Act

\_\_\_ Otros Servicios de Apoyo

Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Discapacidad aparente o revelada: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

\_\_\_ ¿Discapacidad física? \*\*

\_\_\_ ¿Discapacidad de aprendizaje? \*\*

Notas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\* 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)

\*Correcciones

\_\_\_ En un programa correccional de la comunidad (Cárcel, sentencia de 2 años o menos)

\_\_\_ En la institución correccional (Prisión, sentencia de 2 años o más)

\_\_\_ En otro entorno institucional (Casa de medio camino)

\*Fecha de inscripción/*Enrollment Date*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Estudiante de ESL \_\_\_\_ AO Estudiante \_\_\_\_ WAGE™

\*Seleccionar Tipo (s) de Programa:

\_\_\_ Educación de Adultos

\_\_\_ Alfabetización de Adultos

\_\_\_ Programa de Certificados

Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Transiciones

(ESL a ABE/ASE un post secundaria)

\_\_\_ Correcciones

\_\_\_ ESL

\_\_\_ Alfabetización Familiar

\_\_\_ Diploma de GED® / HS

\_\_\_ IEL / CE

\_\_\_ IET

\_\_\_ Entrenamiento de la fuerza de trabajo

\_\_\_ Clases de trabajo

\*Participar en el Data Match (Permiso para liberar SSN)?

\_\_\_ Ha dado permiso \_\_\_ No ha dado permiso

\*¿Cómo aprendió el participante este programa?

\_\_\_ Amigo o miembro de la familia

\_\_\_ Periódico o revista

\_\_\_ Folleto

\_\_\_ Volante

\_\_\_ Empleador

\_\_\_ Radio

\_\_\_ Televisión

\_\_\_ Sitio web

\_\_\_ Señalización

\_\_\_ Ninguna

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Agencia de Referencia:

\_\_\_ Arkansas Rehabilitación Servicies (ARS)

\_\_\_ Iniciativa de Caminos de Carrera (IPC)

\_\_\_ Organización comunitaria de alfabetización

\_\_\_ Tribunal ordenado

\_\_\_ Departamento de Educación Profesional (DCE)

\_\_\_ Departamento de Correcciones (DOC)

\_\_\_ Departamento de Salud (DOH)

\_\_\_ American Job Center

\_\_\_ Asistencia Transicional al Empleo

(TÉ)

\_\_\_ Departamento de Servicios Humanos (DHS)

\_\_\_ Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral

(DWS)

\_\_\_ Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria

(SNAP)

\_\_\_ Organización basada en la fe

\_\_\_ Ninguna

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Servicio Selectivo:

\_\_\_\_ Este varón de 18 a 25 años ha sido informado de su obligación de inscribirse en el Sistema de Servicio Selectivo de los Estados Unidos y se le ha informado de cómo registrarse.

Consulte esta página web: <https://www.sss.gov/RegVer/wfRegistration.aspx>

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 en, ni se les negarán los beneficios o serán objeto de discriminación en los programas o actividades patrocinados por una entidad pública.

Doy permiso para que la información recopilada en el Sistema de Gestión de Datos de Educación para Adultos de Arkansas sea utilizada en el intercambio de datos dentro del Departamento de Educación Profesional / División de Educación de Adultos de Arkansas y con el Departamento de Servicios Laborales de Arkansas y el Departamento de Educación Superior de Arkansas.

\* Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apéndice A/*Appendix 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 los documentos indicados a continuación:

Por favor, fecha, inicial y comprobar [P] los elementos apropiados a continuación.

Fecha Iniciales Punto de verificación

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ [ ] Evaluación de Necesidades de Aprendizaje

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ [ ] Formulario actual de admisión

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ [ ] Registros de la escuela de:

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ [ ] Otros archivos de:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATE | INITIALS | [🗸] | STAFF NAME |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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 puede ponerse a disposición de varias personas del personal, por favor liste sus nombres a continuación. Entonces fecha, inicial y comprobar [P] los individuos apropiados. Si la información diferente va a varias personas, use formularios separados.

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Impresión)

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

\_\_\_\_\_\_ 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)