Una bandera roja y azul

Descripción generada automáticamente con poca confianzaEducación de Adultos en Arkansas

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Hora de inicio:** |  |
| **\*Hora de finalización:** |  |
| **\*Horas de admisión:** |  |

**Formulario de admisión 2022-2023**

(\*Denota un campo obligatorio)

# Formación inicial:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*Personal:** |  | **\*Fecha:** |  |
| **\*LEA:** |  | **\*Sitio/Ubicación:** |  |

# Información del participante:

*Nota: La tarjeta de seguro social o la documentación alternativa aceptable deben ser presentadas y vistas por el personal de admisión. Si no se ha presentado documentación, el SSN no se puede registrar en LACES.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Apellido:** |  | **\*Nombre:** | | |  | | | | **Medio:** | | | |  | | | **Sufijo:** |  |
| **\*Fecha de nacimiento:** |  | **\*Género:** |  | | | **Masculino** |  | **Hembra** | | | |
| **\*SSN:** |  | | | **\*Área de Residencia:** | | | | | |  | **Rural** | | |  | **Urbano** | | |

# \*Programa InformatioN:

**Programa:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Educación de Adultos – ABE/ASE | |
|  | Educación de Adultos - ESL | |
|  | Alfabetización de adultos | |
|  | Ciudadanía | |
|  | Correcciones | |
|  | Alfabetización familiar | |
|  | IEL/CE | |
|  | Ir | |
|  | Transición (ESL 🡪 ABE/ASE 🡪 Post Secundaria) | |
|  | Clases en el lugar de trabajo | |
|  | Otro |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razón por la que el menor asiste a la educación de adultos:**  Orden judicial  Sobre la escuela en el hogar exenta de la escuela secundaria | | | |
| **Última escuela a la que asistió:** |  | (Responda "No sabe" si la escuela es desconocida o está fuera del estado). |

**Programa secundario:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Enseñanza a distancia |
|  | Alfabetización para personas sin hogar |
|  | IEL/CE (solo marca si recibes fondos de subvención de IEL/CE |

**Estudiante de ESL (Y/N)::**

Sí

No

**\*Exención para jóvenes de 16/17 años** (coloque la copia en la carpeta del estudiante):

Orden judicial

Escuela en casa

Eximido de la escuela secundaria

**¿Puntuación de 535 en el nivel TABE A o D?**

Sí No

**¿Prueba de ciudadanía completada?**

Sí No

# \*palabra clave del estudiante:

**Palabra clave del estudiante:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ABE |
|  | ASE |
|  | Sentencia alternativa |
|  | Obras de AR |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ARS (Servicios de Rehabilitación AR) |
|  | Enseñanza a distancia |
|  | DSB (División de Servicios para Ciegos) |
|  | ESL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Reingreso | |
|  | SNAP/E&T | |
|  | TANF | |
|  | Otro |  |

# \*Información del estudiante:

**\*Etnia:** Hispano/Latino  Sí No

**\*Carrera:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Indio americano/nativo de Alaska | | |  | Hawaiano nativo/isleño del Pacífico) |
|  | Asiático |  |  |  | Blanco |
|  | Negro o afroamericano | | |  | Dos o más razas |

**\*Nivel educativo más alto completado al ingresar al programa:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | No Escolarización | | |  | Alternativa de escuela secundaria (es decir, GED®) |
|  | Grado |  |  |  | Algunos postsecundarios, Sin título / diploma |
|  | Grado |  | (Sin Diploma (escuela secundaria) |  | Título postsecundario o profesional |
|  | Diploma o credencial de escuela secundaria | | |  | Desconocido |

**\*Ubicación:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Escolarización basada en los Estados Unidos |
|  | Escolarización no basada en los Estados Unidos |

**\*Último mes/año al que asistió:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **/** |  |

**\*Estado de empleo al ingresar al programa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Empleado a tiempo completo |  | No disponible para el trabajo |
|  | Empleado a tiempo parcial |  | Jubilado |
|  | Desempleado |  | Empleado con aviso de separación |
|  | No buscar trabajo |

**\*Barreras al empleo:**  Sí No

**En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Barreras culturales |  | Cuidado de crianza temporal para jóvenes |
|  | Deshabilitado |  | Sin hogar |
|  | Ama de casa desplazada |  | Desempleo de larga duración |
|  | Bajos ingresos |  | Bajos niveles de alfabetización |
|  | Aprendiz de inglés |  | Trabajador Agrícola Migrante |
|  | Ex-Delincuente |  | Trabajador agrícola estacional |
|  | TANF agotador en 2 años |  | Padre soltero/tutor |

Este hombre de 18 a 25 años ha sido informado de su obligación de registrarse en el Sistema de Servicio Selectivo de los Estados Unidos y se le ha informado de cómo registrarse. <https://www.sss.gov/RegVer/wfRegistration.aspx>

**Experiencia en el servicio militar:**  Sí No

**\*Notificado de obligación de servicio selectivo:**  Sí No No Aplicable

## **Información de contacto:**

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

**Marque todo lo que corresponda:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ordenador con cámara |  | Teléfono residencial |
|  | Ordenador sin cámara |  | Acceso a Internet |
|  | Cámara web |  | Impresora |
|  | Auriculares con micrófono |  | Escáner |
|  | Teléfono móvil |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Dirección:** |  | | | | | | | | | | **\*Código postal:** | |  | | | |
| **\*Ciudad:** |  | | | | **\*Condado:** | | |  | | | | | **\*Estado:** | |  | |
| **Teléfono:** |  | | | **(Celda)** | | |  | | | | | | | | | **(Inicio)** |
| **Dirección de correo electrónico:** | |  | | | | | | | **@** |  | | **.com** | |
| **Redes sociales (Facebook/Twitter/Instagram, etc.):** | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Pestaña Educación/Idioma  Ficha Demográfica | | | | | | | | | | |
| **\*País de nacimiento:** | | |  | | | | | | |
| **\*Primera/Lengua Materna:** | | |  | | | | | | |
| **\*¿Está acordado compartir datos?** | | | Sí No | | | | | | |

## **Información de contacto de emergencia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preferencia de contacto:** |  | | | | | |
| **Contacto de emergencia:** |  | **(Nombre)** |  | **(Relación)** |  | **(Teléfono)** |

## **\*InformatioCorreccional N:**

**\*Estado correccional:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | No |
|  | Sí |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sí (Comunidad) |
|  | Sí (Condado) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sí (Estado) |
|  | Sí (Federal) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de recluso:** |  |
| **Institucional:** | Sí No No Aplicable |

## **Estado de ditabilidad:**

**Discapacidad aparente o revelada:** Sí No

**Discapacidad específica de aprendizaje:**  Sí; Divulgado/Observado Sí, Documentado No Aplicable

|  |  |
| --- | --- |
| **Notas:** |  |

*Nota: Si se revela una discapacidad, haga que el estudiante firme el formulario de Autorización para la Divulgación de Información Estrictamente Confidencial al Personal Local o Voluntarios y guárdelo en un archivo bloqueado por separado. (Apéndice A)*

# datos de referencia de estudiantes:

**\*¿Cómo se enteró el participante sobre este programa?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Amigo o familiar |  | Televisión | |
|  | Periódico o Revista |  | Sitio web | |
|  | Folleto o folleto |  | Redes sociales | |
|  | Empleador |  | Otro: |  |
|  | Radio |

**Agencia de referencia**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Uncentro de trabajo merican (AJC) |  | División de Servicios de la Fuerza Laboral (DWS) | |
|  | Servicios de Rehabilitación de Arkansas (ARS) |  | Asistencia Transitoria para el Empleo (TEA) | |
|  | Iniciativa de Trayectorias Profesionales (CPI) |  | Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) | |
|  | Organización de Alfabetización Basada en la Comunidad |  | Organización basada en la fe | | |
|  | Departamento de Correcciones (DOC) |  | Ninguno | | |
|  | Departamento de Salud (DOH) |  | Otro |  | | |
|  | Departamento de Servicios Humanos (DHS) |
|  | División de Servicios para Ciegos (DSB) |

# Opcional Información adicional:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Licencia de conducir** |  | **Transporte confiable** |  | **Registrado para votar** |

**Notas /comentarios adicionales (es decir, servicios de apoyo necesarios o solicitados, asistencia a otro programa de educación de adultos, intereses del programa, etc.)**

La Educación de Adultos de Arkansas brinda igualdad de oportunidades educativas a todos los estudiantes sin importar la raza, el color, el sexo, la identidad de género, la orientación sexual, la edad, la religión, el origen nacional, la ascendencia o la discapacidad.

Ninguna persona discapacitada calificada de otra manera será, únicamente por razón de dicha discapacidad, excluida de la participación, se le negarán los beneficios o estará sujeta a discriminación en programas o actividades patrocinadas por una entidad pública.

# **Acuerdo de intercambio de datos** (debe firmarse y marcarse con cordones para que coincidan los datos):

*Doy permiso para que la información recopilada en el Sistema de Gestión de Datos de Educación de Adultos de Arkansas se use en el intercambio de datos dentro de la División de Educación de Adultos de Arkansas, y con el Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral de Arkansas y el Departamento de Educación Superior de Arkansas.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imprimir el nombre del estudiante:** |  |
|  |  |
| **Firma del estudiante:** |  | **Fecha:** |  |

# Apéndice A:

**Apéndice A**

Educación/Alfabetización de Adultos en Arkansas

Planificación y política de discapacidades de aprendizaje

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL AL PERSONAL LOCAL O VOLUNTARIOS

Doy mi permiso para divulgar la información contenida en el documento (s) que se indica a continuación:

Por favor, fecha, inicial y verifique [] los elementos apropiados a continuación.🗸

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  | **Iniciales** | **Comprobar** | **Artículo** |  |
|  |  |  | [ ] | Evaluación de necesidades de aprendizaje |
|  |  |  | [ ] | Formulario de admisión actual |
|  |  |  | [ ] | Registros escolares de: |  |
|  |  |  | [ ] | Otros registros de: |  |

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

Sila misma información se puede poner a disposición de varias personas del personal, por favor enumere sus nombres a continuación. Luego fecha, inicial y verifique [] a las personas apropiadas. Si la información diferente va a varias personas, use formularios separados.🗸

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA | INICIALES | []🗸 | NOMBRE DEL PERSONAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Esta liberación es válida por un año a partir de la fecha de mi firma o hasta que se revoque por escrito, lo que ocurra primero. Este comunicado me ha sido leído en voz alta y entiendo su contenido.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
|  |  |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

Firma de la persona del personal que divulga la información:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
|  |  |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

# Divulgación de información confidencial y/o académica:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yo |  | (Nombre del estudiante), autorizar |
|  | | (Nombre del programa) para usar mi nombre y/o foto de la siguiente manera: |

(Inicial a continuación si está de acuerdo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Paquete de graduación, correos, programa, comunicado de prensa y/o folleto | |
|  | Boletín | |
|  | Televisión | |
|  | Grabando | |
|  | Fotografiar | |
|  | Radio | |
|  | Redes sociales | |
|  | Otro: |  |
|  | Todos los enumerados anteriormente | |

|  |
| --- |
|  |

Esta versión es válida desde la fecha de firma hasta (Fecha de finalización)

o hasta que sea cancelado por el abajo firmante por escrito. Entiendo que mi participación en GED® Testing se mantendrá confidencial y no se utilizará de ninguna manera que no sea la indicada anteriormente sin mi consentimiento.

Este formulario de lanzamiento ha sido leído y revisado conmigo, y entiendo su contenido.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Firma del estudiante** |  | **Firma del Guardián** |  | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **(Dirección/apartado postal)** |  | **(Ciudad)** |  | **Estado** |  | **(Código postal)** |