



# Educación de Adultos en Arkansas

## Formulario de admisión 2022-2023

(\*Denota un campo obligatorio)

\*Hora de inicio: \_\_\_\_\_

\*Hora de finalización: \_\_\_\_\_

\*Horas de admisión: \_\_\_\_\_

### FORMACIÓN INICIAL:

\*Personal: \_\_\_\_\_

\*Fecha: \_\_\_\_\_

\*LEA: \_\_\_\_\_

\*Sitio/Ubicación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

\*Apellido: \_\_\_\_\_

\*Nombre: \_\_\_\_\_

Medio: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\*Género:  Masculino  Hembra

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

\*Área de Residencia:  Rural  Urbano

*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.*

### \*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 \_\_\_\_\_

#### 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

#### **\*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).

**\*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:**

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABE                   | <input type="checkbox"/> ARS (Servicios de Rehabilitación AR)    | <input type="checkbox"/> Reingreso  |
| <input type="checkbox"/> ASE                   | <input type="checkbox"/> Enseñanza a distancia                   | <input type="checkbox"/> SNAP/E&T   |
| <input type="checkbox"/> Sentencia alternativa | <input type="checkbox"/> DSB (División de Servicios para Ciegos) | <input type="checkbox"/> TANF       |
| <input type="checkbox"/> Obras de AR           | <input type="checkbox"/> ESL                                     | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

**\*INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

**\*Etnia:** Hispano/Latino  Sí No

**\*Carrera:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/isleño del Pacífico) |
| <input type="checkbox"/> Asiático _____                   | <input type="checkbox"/> Blanco                               |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano            | <input type="checkbox"/> Dos o más razas                      |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Escolarización                              | <input checked="" type="checkbox"/> Alternativa de escuela secundaria (es decir, GED®) |
| <input type="checkbox"/> Grado _____                                    | <input type="checkbox"/> Algunos postsecundarios, Sin título / diploma                 |
| <input type="checkbox"/> Grado _____ (Sin Diploma (escuela secundaria)) | <input type="checkbox"/> Título postsecundario o profesional                           |
| <input type="checkbox"/> Diploma o credencial de escuela secundaria     | <input type="checkbox"/> 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:**

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

**\*Barreras al empleo:**  Sí No

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Barreras culturales     | <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza temporal para jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Deshabilitado           | <input type="checkbox"/> Sin hogar                                |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa desplazada  | <input type="checkbox"/> Desempleo de larga duración              |
| <input type="checkbox"/> Bajos ingresos          | <input type="checkbox"/> Bajos niveles de alfabetización          |
| <input type="checkbox"/> Aprendiz de inglés      | <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migrante             |
| <input type="checkbox"/> Ex-Delincuente          | <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola estacional           |
| <input type="checkbox"/> TANF agotador en 2 años | <input type="checkbox"/> Padre _____                              |

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

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

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>

## 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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ordenador con cámara      | <input type="checkbox"/> Teléfono residencial |
| <input type="checkbox"/> Ordenador sin cámara      | <input type="checkbox"/> Acceso a Internet    |
| <input type="checkbox"/> Cámara web                | <input type="checkbox"/> Impresora            |
| <input type="checkbox"/> Auriculares con micrófono | <input type="checkbox"/> Escáner              |
| <input type="checkbox"/> Teléfono móvil            |   |

\*Dirección: \_\_\_\_\_

\*Código postal: \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_

\*Condado: \_\_\_\_\_

\*Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

(Celda)

(Inicio)

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

@

.com

Redes sociales (Facebook/Twitter/Instagram, etc.): \_\_\_\_\_

\*País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ficha Demográfica

\*Primera/Lengua Materna: \_\_\_\_\_

Pestaña

\*¿Está acordado compartir datos?  Sí  No

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Preferencia de contacto: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Relación)

(Teléfono)

## \*INFORMATIOCORRECCIONAL N:

\*Estado correccional:

- |                             |   |                                       |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí (Comunidad) | <input type="checkbox"/> Sí (Estado)  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí (Condado)   | <input type="checkbox"/> 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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo o familiar    | <input type="checkbox"/> Televisión     |
| <input type="checkbox"/> Periódico o Revista | <input type="checkbox"/> Sitio web      |
| <input type="checkbox"/> Folleto o folleto   | <input type="checkbox"/> Redes sociales |
| <input type="checkbox"/> Empleador           | <input type="checkbox"/> Otro: _____    |
| <input type="checkbox"/> Radio               |   |

### Agencia de referencia:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uncentro de trabajo merican (AJC)                     | <input type="checkbox"/> División de Servicios de la Fuerza Laboral (DWS)  |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Rehabilitación de Arkansas (ARS)         | <input type="checkbox"/> Asistencia Transitoria para el Empleo (TEA)<br>Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria |
| <input type="checkbox"/> Iniciativa de Trayectorias Profesionales (CPI)        | <input type="checkbox"/> (SNAP)  |
| <input type="checkbox"/> Organización de Alfabetización Basada en la Comunidad | <input type="checkbox"/> Organización basada en la fe  |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Correcciones (DOC)                    | <input type="checkbox"/> Ninguno   |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud (DOH)                           | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos (DHS)               |  |
| <input type="checkbox"/> 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.

*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**

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. ✓

<u>Fecha</u>	<u>Iniciales</u>	<u>Comprobar</u>	<u>Artículo</u>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	Evaluación de necesidades de aprendizaje
_____	_____	<input type="checkbox"/>	Formulario de admisión actual
_____	_____	<input type="checkbox"/>	Registros escolares de: _____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> ✓	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
- \_\_\_\_\_ Fotografíar
- \_\_\_\_\_ 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.

_____	_____	_____	_____
<b>Firma del estudiante</b>	<b>Firma del Guardián</b>	<b>Fecha</b>	
_____	_____	_____	_____
<b>(Dirección/apartado postal)</b>	<b>(Ciudad)</b>	<b>Estado</b>	<b>(Código postal)</b>