Educación de Adultos en Arkansas

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

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Start Time:** |  |
| **\*End Time:** |  |
| **\*Intake Hours:** |  |

**Formulario de Admisión**

(\*Denota un campo obligatorio)

# InFormación inicial:

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

# Información del participante:

*Nota: La tarjeta de seguro social no es necesaria para participare edu*cación de adultos *. 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 NSS no se puede registrar en LACES.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Apellido:** |  | **\*Nombre:** |  | **Medio:** |  | **Sufijo:** |  |
| **\* Fecha de Nacimiento:** |  | **\*Género:** |[ ]  **Hombre** |[ ]   **Mujer**  |[ ]  **Otro**  |
| **N.S.S.:** |  | **\* Área de Residencia:** |[ ]  **Rural** |[ ]  **Urbano** |

# \*Programa De Información:

**Programa:**

|  |
| --- |
|[ ]  Educación de Adultos – ABE/ASE |
|[ ]  Educación de Adultos - ESL |
|[ ]  Alfabetización de Adultos |
|[ ]  Ciudadanía |
|[ ]  Transición Universitaria |
|[ ]  Centro de Detención |
|[ ]  Educación a Distancia |
|[ ]  Alfabetización Familiar |
|[ ]  Alfabetización Integrada de Inglés y Educación Cívica IEL/CE |
|[ ]  Educación y Formación Integradas IET |
|[ ]  Otro | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ]  WAGE™ |  |
|[ ]  Clases es el Lugar de Trabajo |

**Programa de WAGE** ™ **(Si/No):**

[ ] Si

[ ] No

**Programa Secundario:**

|  |
| --- |
|[ ]  Educación de Adultos – ABE/ASE |
|[ ]  Educación de Adultos - ESL |
|[ ]  Alfabetización de Adultos |
|[ ]  Ciudadanía |
|[ ]  Transición Universitaria |
|[ ]  Centro de Detención |
|[ ]  Educación a Distancia |
|[ ]  Alfabetización Familiar |
|[ ]  Alfabetización Integrada es Inglés y Educación Cívica IEL/CE |
|[ ]  Educación y Formación Integradas IET |
|[ ]  Otro | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ]  WAGE™ |  |
|[ ]  Clases es el Lugar de Trabajo |

**Estudiante de ESL (Si/No):**

[ ] Si

[ ] No

**Inscripción al Programa WIOA Básico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título 1 Adulto** | **Título 1 Trabajador Desplazado**  | **Título 1 Juventud** |
| **Título 3 Wagner-Peyser** | **Título 4 Rehabilitación Vocacional** | **Ninguno** |

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

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

|  |
| --- |
| **Razón del** **Menor para Asistir a Educación de Adultos:** [ ]  Orden de la Corte [ ]  Escuela en Casa [ ]  Exento de la Escuela Secundaria |
| **Última Escuela a la que Asistió** |  | (Responda "No sé" si la escuela es desconocida o está fuera del estado.) |

# \*Palabras CLave de estudiante:

**Palabra Clave del Estudiante:**

|  |
| --- |
|[ ]  ABE |
|[ ]  ASE |
|[ ]  Sentencia Alternativa |
|[ ]  Trabajos de AR |

|  |
| --- |
|[ ]  ARS (Servicios de rehabilitación AR) |
|[ ]  Educación a Distancia |
|[ ]  DSB (División de Servicios para Ciegos) |
|[ ]  ESL |

|  |
| --- |
|[ ]  Reentrada |
|[ ]  SNAP/E&T |
|[ ]  TANF |
|[ ]  Otro |  |

# \*información del estudiante:

**\* Etnicidad:** Hispano/Latino [ ] Sí [ ] No

**\* Raza:**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Indio Americano/Nativo de Alaska |[ ]  Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico) |
|[ ]  Asiático |  |  |[ ]  Blanco |
|[ ]  Negro o Afroamericano |[ ]  Dos o mas Razas  |

**\* Nivel Educativo más Alto Completado al Ingresar al Programa:**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Ninguna Educación  |[ ]  Alternativa de Escuela Secundaria (es decir, GED®) |
|[ ]  Calificación |  |  |[ ]  Algo de Educación Postsecundaria, sin Título/Diploma |
|[ ]  Calificación |  | (Sin diploma (escuela secundaria) |[ ]  Título Postsecundario o Profesional. |
|[ ]  Diploma o Credencial de Escuela Secundaria |[ ]  Desconocido |

**\* Ubicación:**

|  |
| --- |
|[ ]  Escuela Basada en los Estados Unidos  |
|[ ]  Escuela Fuera de los Estados Unidos  |

**\*Último Mes/Año de Asistencia:**

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

**\* Situación Laboral al Ingresar al Programa:**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Empleado de Tiempo Completo |[ ]  No Disponible para Trabajar |
|[ ]  Empleado a Tiempo Parcial |[ ]  Jubilado |
|[ ]  Desempleados |[ ]  Empleado con Aviso de Separación |
|[ ]  No Busco Trabajo |

**\* Barreras al Empleo:** [ ] Sí [ ] No

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

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Barreras Culturales  |[ ]  Jóvenes en Hogares de Crianza |
|[ ]  Discapacitado  |[ ]  Sin Hogar |
|[ ]  Ama de Casa Desplazada |[ ]  Desempleo a Largo Plazo |
|[ ]  De Bajos Ingresos |[ ]  Bajos Niveles de Alfabetización |
|[ ]  Estudiante del Idioma Inglés |[ ]  Trabajador Agrícola Migrante |
|[ ]  Ex-Convicto  |[ ]  Trabajador Agrícola Temporal  |
|[ ]  TANF Agotador en 2 Años |[ ]  Padre Soltero/tutor |

A este hombre de 18 a 25 años se le ha informado sobre su obligación de registrarse en el Sistema de Servicio Selectivo de los Estados Unidos y se le ha informado 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 Aplica

## **Infromacion del contacto:**

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

**Marque todo lo que corresponda:**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Computadora con Cámara |[ ]  Teléfono de Casa |
|[ ]  Computadora sin Cámara |[ ]  Acceso a Internet  |
|[ ]  Cámara Web |[ ]  Impresora  |
|[ ]  Auriculares con Micrófono |[ ]  Escáner |
|[ ]  Teléfono Móvil |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*DIRECCIÓN:** |  | **\*Codigo Postal:** |  |
| **\*Ciudad:** |  | **\*Condado:** |  | **\*Estado:** |  |
| **Teléfono:** |  | **(Celúla)** |  | **(Hogar)** |
| **Dirección de Correo Electrónico:** |  | **@** |  | **.com** |
| **Redes Sociales (Facebook/Twitter/Instagram, etc.):** |  |
|  |
| Pestaña Educación/IdiomaPestaña Demográfica |
| **\*País de Nacimiento:** |  |
| **\*Primer Idioma/Idioma Nativo:** |  |
| **\*¿Acuerdo de Compartir Datos?** |  [ ] Sí [ ] No |

## **Información de Contacto en caso de Emergencia:**

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

## **\*Información correccional:**

**\*Estado Correccional:**

|  |
| --- |
|[ ]  No |
|[ ]  Sí |

|  |
| --- |
|[ ]  Sí (Comunidad) |
|[ ]  Sí (Condado) |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Sí (Estado) |
|[ ]  Sí (federal) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Recluso:** |  |
| **Institucional:** | [ ] sí [ ] No[ ]  No aplica |

## **Estado de Discapacidad:**

**Incapacidad Aparente o Revelada:** [ ] sí [ ] No

**Discapacidad Especifica 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 separado bajo llave. (Apéndice A)*

Datos de referencia de estudiantes:

# Datos de referencia de estudiantes:

**\*¿Cómo conoció el participante sobre este programa?**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Amigo o Familiar |[ ]  Televisión |
|[ ]  Periódico o Revista |[ ]  Sitio Web |
|[ ]  Folleto  |[ ]  Medios de Comunicación Social |
|[ ]  Empleador |[ ]  Otro: |  |
|[ ]  Radio |

**Agencia de Referencia**:

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Un Centro de Empleo Americano (AJC) |[ ]  División de Servicios de la Fuerza Laboral (DWS) |
|[ ]  Servicios de Rehabilitación de Arkansas (ARS) |[ ]  Asistencia de Empleo de Transición (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 Correccional (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 otros programas de educación para adultos, intereses del programa, etc.)**

Arkansas Adult Education brinda igualdad de oportunidades educativas a todos los estudiantes independientemente de su raza, color, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, religión, origen nacional, ascendencia o discapacidad.

Ninguna persona discapacitada calificada será, únicamente por razón de dicha discapacidad, excluida de la participación, denegada de beneficios o sujeta a discriminación en programas o actividades patrocinadas por una entidad pública.

# **Acuerdo de intercambio de datos** (debe estar firmado y marcados en LACES para que los datos coincidan):

*Doy permiso para que la información recopilada en el Sistema de Gestión de Datos de Educación de Adultos de Arkansas se utilice para compartir datos dentro de la 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 Estudiante en Letra de Imprenta:** |  |
|  |  |
| **Firma del Alumno:** |  | **Fecha:** |  |

# Apéndice A:

**Apéndice A**

Educación/alfabetización de adultos en Arkansas

Planificación y política sobre discapacidades del aprendizaje

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

Doy mi permiso para divulgar la información contenida en el(los) documento(s) indicado(s) a continuación:

Por favor ponga la fecha, sus iniciales y marque [ 🗸] los elementos apropiados a continuación.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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:

Si la misma información puede estar disponible para varios miembros del personal, indique sus nombres a continuación, luego la fecha y la inicial, y marque [ 🗸] las personas apropiadas. Si se envía información diferente a varias personas, utilice formularios separados.

Doy permiso para divulgar la información contenida en los documentos indicados anteriormente 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. Este comunicado me ha sido leído en voz alta y entiendo su contenido.

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

**Firma del miembro 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 abajo si está de acuerdo)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Paquete de Graduación, Correspondencia, Programa, Comunicado de Prensa y/o Folleto |
|  | Boletin Informativo |
|  | Televisión |
|  | Grabación en Vídeo |
|  | Fotografia |
|  | Radio |
|  | Medios de Comunicación Social |
|  | Otro: |  |
|  | Todo lo Enumerado arriba  |

|  |
| --- |
|  |

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

o hasta que el abajo firmante lo cancele por escrito. Entiendo que mi participación en las pruebas GED® se mantendrá confidencial y no se utilizará de ninguna manera distinta a la indicada anteriormente sin mi consentimiento.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Firma del Alumno** |  | **Firma del Guardián** |  | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **(Dirección/Apartado Postal)** |  | **(Ciudad)** |  | **Estado** |  | **(Código Postal)**  |

V.7/11/2024