

Metropolitan Family Service (MFS) – “SUN”

Formulario de Inscripción de Estudiantes

Gresham High School 2017 – 2018



DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos Paterno -Materno: _____ Nombre: _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Zip: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Masc. (MES/DÍA/AÑO) _____

Fem. _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

¿Cuál es su raza u origen? Marque todo lo que corresponda:

Africano Asiática Negro o Afroamericano Latino/Hispano Medio Oriente Nativo Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Eslavo/a Blanco Otro: _____ Deseo no contestar

Idioma principal que se habla en el hogar: Inglés Español Chino Ruso Vietnamés Otro: _____

Información de Cómo Comunicarse con los Padres o Guardián en Caso de Emergencia

El/la estudiante vive con: Ambos Padres 1^{er} Padre/Madre/Guardián 2^o Padre/Madre/Guardián Otro: _____

1^{er} Padre/Madre/Guardián - Nombre: _____ Tel. del Hogar: _____

Tel. del Trabajo: _____ Tel. Celular: _____ email: _____

2^o Padre/Madre/Guardián - Nombre: _____ Tel. del Hogar: _____

Tel. del Trabajo: _____ Tel. Celular: _____ email: _____

Información familiar – por favor denos los nombres y edades de los hermanos(as) de su hijo/a

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Contactos en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Tel.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Tel.: _____

Transporte: Marque (✓) su preferencia. Mi hijo/a regresará a casa...

Con su padre, madre, guardián u otro adulto autorizado (nombre): _____

A pie

En un autobús escolar

Con transporte público

NO permito que _____ lleve a mi hijo/a a casa

Expectativas de Comportamiento

Las expectativas de comportamiento del programa de SUN están delineadas en la información que acompaña esta forma. Por favor marque que leyó las expectativas de comportamiento y está de acuerdo. Si tiene algunas preguntas o preocupaciones por favor hable con el/la coordinador/a de el programa de SUN.

SI, Eh leído las expectativas de comportamiento para el programa de SUN.

Publicación de Fotos/Arte y Uso de Internet

Las fotos que tomamos de los participantes o de las piezas de arte que ellos crearán podrían exhibirse en las instalaciones de la escuela, imprimirse en materiales educativos y de promoción incluyendo en folletos distribuidos a través de la comunidad, exponerse en Internet, grabarse en video o audio, o compartiendo por medios sociales.

**** ¿Permite usted que MFS y sus asociados tome fotos de su hijo/a y las utilice para los propósitos descritos arriba?** Sí ___ No ___

**** ¿Permite usted que el personal del programa utilice el arte de su hijo/a para los propósitos descritos arriba?** Sí ___ No ___

**** ¿Permite usted que usamos estas fotos en presentaciones durante el SUN Showcase?** Sí ___ No ___

**** Permito que mi hijo/a consulte el Internet para realizar sus proyectos.** Sí ___ No ___

Permiso del Padre, Madre o Guardián para Participar y Reconocimiento de los Riesgos:

Mediante esto doy mi permiso para que mi hijo/a participe en el programa de actividades que **“Metropolitan Family Service”** desempeña en las escuelas y los paseos ocasionales que se ofrecen con permiso paternal escrito. Tengo entendido que es imposible prever todas las pérdidas posibles implicadas en las actividades tanto bajo techo como en las afueras. Reconociendo los riesgos y peligros, comprendo las consecuencias posibles que podrían resultar de la participación de mi hijo/a en las actividades que el programa ofrece. Por medio de mi firma suscrita, acuerdo a que mi hijo/a participe en todas las actividades con la plena realización de que existen riesgos de pérdida verdaderos involucrados en lo mencionado. Por medio de mi firma suscrita, asumo expresadamente en nombre de mi hijo/a todos los riesgos de heridas que resulten de su participación en las actividades del programa. Por la presente, doy mi consentimiento para administrar la anestesia y cirugía o ejecutar la hospitalización u otro tratamiento médico que podrían necesitarse en caso de que mi hijo/a se encontrara en alguna situación de emergencia. En mi capacidad como el padre, la madre o guardián legítimo de mi hijo/a, por el presente acuerdo asumir en total la responsabilidad financiera asociada con el cuidado de aquella índole.

Por la presente declaro que según mi leal saber y entender, mi hijo/a cuenta con las habilidades tanto mentales como físicas necesarias para poder participar en la actividad. Como padre, madre o guardián del niño, asumo la responsabilidad total por cualquier lastimadura física que sufra mi hijo/a o la pérdida de propiedad personal y los gastos asociados con ello.

Tengo entendido que mi hijo/a estará obligado/a a cumplir con instrucciones, con las reglas adjuntas y con los procesos razonables de evitar riesgos. Entiendo que **“Metropolitan Family Service”** se reserva el derecho de negarle permiso a mi hijo/a de participar en algunas de o en todas las actividades si se determina que su participación presenta algún peligro. Además, **“Metropolitan Family Service”** también se reserva el derecho de expulsar a los alumnos que manifiesten un comportamiento preocupante.

En consideración adicional respecto a la participación de mi hijo/a en este programa, Yo (en mi propio nombre, el de mi esposo/a - si casado/a - y en representación de mi hijo/a) por la presente renuncio y relevo de obligación totalmente y en perpetuidad a **“Metropolitan Family Service”** de cualquier reclamación, demanda, pérdida, acción, causa de acción de cualquier índole en su contra, que resulte de o que se relacione de cualquier modo a la participación de mi hijo/a en este programa. Además defenderé, indemnizaré y consideraré como inofensivo plenamente y en perpetuidad a **“Metropolitan Family Service”** contra cualquier reclamación, demanda, pérdida, obligación, daño, acción o causas de acción, proceso judicial, juicios, costos y gastos (en lo que se incluyen los gastos del tribunal y los honorarios de los abogados) de cualquier modo que resultara de la participación de mi hijo/a en este evento.

He leído, comprendo y acepto las condiciones y términos estipulados aquí dentro y reconozco que este acuerdo tendrá vigencia y fuerza obligatoria tanto a mí como a mi hijo/a durante el plazo total de su participación en el programa.

Nombre de Padre/Madre/Guardián
(en letra de molde por favor):

Fecha: _____

Firma de Padre/Madre/Guardián:

(MES/DÍA/AÑO) _____

Nuestra Escuela Comunitaria SUN es una colaboración de la Escuela, Familia y Servicio Metropolitano de muchos socios de la comunidad y las agencias que se unen para apoyar el éxito de los niños en la escuela y la vida. Hacemos esto por trabajar en conjunto para satisfacer las necesidades específicas de nuestros estudiantes y sus familias.

Con el fin de ofrecer a su hijo/a con los mejores servicios y el apoyo que sea posible, el coordinador/a de SUN necesita su permiso para poder compartir información con las personas que están enseñando y sirviendo a su alumno en particular. Esta información puede incluir el nombre del estudiante, identificación del estudiante, nivel de grado, las puntuaciones de pruebas de logros, campo de los grados y promedios académicos, la asistencia, el Plan de Educación Individual, demográficos e información de comportamiento / disciplina. El coordinador/a de SUN sólo compartirá esta información cuando le sea requerido por una organización asociada o apoya el éxito de su estudiante.

Los niños pueden participar en actividades de SUN si o no su padre / tutor está de acuerdo con la liberación o intercambio de información educativa a otros funcionarios o agencias.

SÍ, autorizo la liberación e intercambio de registros de los estudiantes con el personal de los programas / actividades que inscribir a mi hijo. Esto incluye a los empleados y voluntarios administrados por el coordinador/a de SUN y personal de otros organismos asociados que proporcionan las actividades en las que mi hijo participe.

NO, yo NO Autorizo la divulgación y el intercambio de registros de los estudiantes con el personal de los programas / actividades que inscribir a mi hijo/a.

X _____

Padre / Guardián Legal

Fecha

Este permiso es efectivo desde 07/01/2017 hasta 08/31/2018 si no se cancela por escrito.

Encuesta de Demografía Inclusivo del Estudiante

Identidad de Género:

- Hombre Mujer Hombre Transgénero Mujer Transgénero Género queer /no conforme en el género
 Identidad diferente Prefiero no especificar

Idioma principal que se habla en el hogar:

- Inglés Español Ruso Cantonés Hmong Mandarín coreana vietnamita árabe
 No listado: _____

Identidad racial y étnica:

Por favor comparte su origen, etnia, ascendencia, país de origen, raza y/o afiliaciones tribales en la forma que desea.

¿Cuál es su raza/origen? / Por favor seleccione todo lo que corresponda:

- Asia:** Chino vietnamita Coreano Hmong de Laos
 India asiática Japonés Sur de Asia filipino/ a
 Asia - No Listado _____
- Latinos/ Hispanos:** México Centroamericano Sudamericano Caribe
 latinos / hispanos - No Listado _____
- Islas del Pacífico/ Pacífico Indio:** Nativo de Hawái Guam Chamorro Samoana
 Hawái Islas del nativo / Pacífico – No Listado _____
- Negro:** Afroamericanos África Caribe
 Negro - No Listado _____
- Indígena:** Indio Americano Nativo de Alaska Inuit de Canadá, Metis o Primera Nación
 indígena de México, Centroamérica o América del Sur
- Eslavo**
 Oriente Medio
 Norte de África
 Blanco: Europa occidental Europa del Este Blanco- No listado _____
- Desconocido**
 Prefiero No Contester

¿Está inscrito en una tribu? No Sí

¿Si así es, en qué tribu está registrado/a? _____

¿Con qué tribus se identifica? _____

Soy NA/AN, pero no sé mi tribu

Afiliaciones tribales adicionales (por favor indique):

Debido a la forma en que algunos donantes exigen información sobre la raza y el origen étnico, MFS no siempre es capaz de compartir información de identidad en tanta profundidad como nos gustaría. En estos casos, nos vemos obligados a elegir sólo una opción para la raza/origen étnico. Si tuviera que elegir una raza/origen étnico en que se identifica con mayoridad, cuál sería?

- Africano Asiático Negro o afroamericano Latino /Hispano Medio Oriente
 Nativo Americano o Nativo de Alaska Hawaiano o Islas del Pacífico Eslava Blanco
 No listado: _____ Prefiero no contestar

Encuesta de recursos para la Familia

Fecha: _____



Nombre del Padre Apellido del Padre Fecha de Nacimiento (M/D/A)

***Tenga en cuenta:** MFS solicita esta información para aprender más sobre las necesidades de nuestra comunidad y entender mejor cómo mejorar nuestro servicio a los clientes. Esta información también ayuda a MFS a desarrollar más fondos y recursos para servir a nuestra comunidad. No utilizaremos esta información para determinar su elegibilidad para nuestros programas. No compartiremos su información personal con nadie sin su permiso.*

*****Por Favor Ayude a MFS a Identificar las Necesidades de Nuestra Comunidad:**

Estado de Vivienda: Renta Propietario de una Casa Vivir con amigos / familia (largo plazo) Sin hogar
 Vivir con amigos/familia (temporal) Viviendo en un refugio No listado: _____

¿Cuánto tiempo hace que vive en esta dirección? Menos de 1 mes 1-3 meses 4-6 meses 6-12 meses 1-2 años
 3-4 años 5-6 años 7-10 años 10+ años

Número de personas en su hogar: Edad (s) 0-5: _____ 6-17: _____ Mayores de 18: _____
 Total número de personas = _____

Composición del hogar: Persona individual Dos o más adultos, no niños Dos padres con niños
 Familia Adoptiva Parentesco familiar Abuelos crían a sus nietos Padre/madre soltero/a con hijos Otros: _____

¿Qué idiomas se hablan en su casa?: _____
 ¿Si se ofreciera interpretación en su idioma, participaría más en las actividades de SUN/CAFE? Si o No

Mayor Nivel de Educación:
 Algo de escuela secundaria Escuela Secundaria Diploma/GED Formación profesional Algo de la universidad/colegio comunitario Graduado de Colegio Comunitario Graduado de Universidad/Colegio

¿Ha servido en el ejército de Estados Unidos? Si o No **¿En caso afirmativo, es usted veterano?** Si o No

Estado de Empleo:
 Empleado: tiempo completo Empleado: tiempo Parcial Desempleado: Buscando Desempleado: No Buscando
 Retirado: no sigue trabajando No puede trabajar No elegible para trabajar

¿Tiene seguro médico?: Sí No **¿Tiene seguridad dental?** Si o No
 En caso de Sí, es su seguro: Privado OHP Otros: _____

¿Ha visto a un doctor en el año pasado? Si o No **¿Ha visto a un dentista en el año pasado?** Si o No

¿Tiene Plan de Educación Individual (IEP) su hijo(a)? Si o No

¿Si es así, siente usted que tiene un buen entendimiento del Plan de Educación Individual (IEP) de su estudiante? Si o No

Por favor ayude a MFS a identificar las necesidades en nuestra comunidad:

¿Recibe asistencia pública? Marque todo lo aplicable
 SNAP TANF WIC Seguridad Social / Discapacidad Otros: _____

Si se ofrecieran recursos de comida en la escuela, ayudaría satisfacer las necesidades de mi familia Si o No

Yo uso los recursos de comida en esta escuela Si o No No hay recursos de comida disponible

Por favor calcule su ingreso familiar en una de las siguientes maneras:

Ingresos anuales: \$ _____ Ingreso mensual: \$ _____ Ingreso semanal: \$ _____ Ingresos de temporada: \$ _____

Consiguió sus impuestos gratis? Sí No **¿Accedió al crédito por ingreso del trabajo?** Sí No
¿Tiene una cuenta bancaria? Sí No **¿Ahorra regularmente?** Sí No **¿Tiene necesidades de educación financiera?** Sí No

Hay alguien en su hogar que tiene un problema de salud crónica o condición social? Elija todas las que apliquen

Depresión Ansiedad Adicción Asma Diabetes Enfermedad cardiovascular El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Trastorno por estrés postraumático (TEPT) EPOC Demencia Aislamiento
 Otro problema de salud: _____ Prefiero no contestar