



SELF ENHANCEMENT, INC.

Youth Potential Realized

In-School Program/SUN COMMUNITY SCHOOL 2018-19



Parkrose
School District
Portland, Oregon

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

SUN SCHOOL: PENINSULA

Nombre Legal: _____ Apodo/s: _____
(Primer) (Seg. Inic.) (Apellido/s)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fec. Nac.: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Principal Idioma hablado: _____ Maestro/a | Titular: _____

¿Género del estudiante? Masculino Femenino No-Binario Transgénero Masculino a Femenino Transgénero Femenino a Masculino

Raza/Etnia: (Marque cuantas opciones sean necesarias):

- | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Tongano |
| <input type="checkbox"/> Somalí | <input type="checkbox"/> Centro América | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Chuukese |
| <input type="checkbox"/> Congoles | <input type="checkbox"/> Sur-América | <input type="checkbox"/> Zomi | <input type="checkbox"/> Filipino/a | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Eritreano | <input type="checkbox"/> Indígena | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Guamaño/Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Africa del Norte | <input type="checkbox"/> Mestizo | <input type="checkbox"/> Tailandés | <input type="checkbox"/> Asia del Sur | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Otros de Africa | <input type="checkbox"/> Afro-Latino | <input type="checkbox"/> Birmano | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Otras Islas Pacíficas |
| <input type="checkbox"/> Caribeño | <input type="checkbox"/> Otros Hispanos/Latinos | <input type="checkbox"/> Karen | <input type="checkbox"/> Asia otros | <input type="checkbox"/> Indio-Americano |
| <input type="checkbox"/> Otro Black | <input type="checkbox"/> Indígena Mexicano, Centro-Americano o Sur-Americano | <input type="checkbox"/> Eslavo | <input type="checkbox"/> Esloveno | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Inuit Canadiense, Metis o Primera Nación | <input type="checkbox"/> Medio-Este | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Grado de escuela para 2018-19: _____ Escuela que atenderá en 2018-19: _____ Talla de camiseta del estud.: _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN

Padre/Madre/Guardián Nombre: _____
(Primer) (Seg. Inic.) (Apellido/s) (Relación con el estudiante)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Correo Electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____

INFORMACION DE CONTACTO MEDICO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, por favor notifique a (In case of emergency, please notify):

1er Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
(Primer Nombre) (Apellido/s)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Plan de Salud/Co. de Seguro: _____ Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

2do Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
(Primer Nombre) (Apellido/s)

Por favor indique cualquier condición que pueda afectar la participación de su niño/a en actividades, incluido condiciones médicas y/o alergias:

PREGUNTAS ADICIONALES

Por favor indique si el estudiante se encuentra embarazada o criando SI NO No aplica

¿Ha estado el estudiante alguna vez involucrado con el Sistema de Justicia Juvenil? SI NO Prefiero no contestar

* Si es así, ¿está actualmente involucrado en el Sistema de Justicia Juvenil? SI NO

¿El estudiante alguna vez ha abandonado la escuela? SI NO Prefiero no contestar

¿El estudiante es elegible para el beneficio de Almuerzos Gratis o a Precio Reducido? SI NO Prefiero no contestar

LIBERACIONES Y RESPONSABILIDADES

Yo, _____, (Nombre del guardián) he recibido, leído y entendido las liberaciones y acuerdos enumerados abajo. Entiendo, reconozco y estoy de acuerdo con los términos y condiciones, efectivos a partir de la fecha que se establece a continuación:

- Autorización para la Inscripción y Liberación de Responsabilidad de SEI
- Liberación de todo Registro de Educación
- Aviso de No-Discriminación
- Liberación y Consentimiento para los Medios de Comunicación
- Liberación Médica de Emergencia
- Expectativa de Comportamiento
- Liberación del Estatus de Almuerzos Gratis o a Precios reducidos
- Acuerdo de Uso aceptable de Internet y Regulaciones
- Ley de Derechos Educativos de la Familia y Ley de Privacidad
- Consentimiento del Cliente de Liberar Información para Compartir Datos en el Condado de Multnomah
- Procedimiento de Reclamos



Padre/Madre/Guardián legal (Firma)

Padre/Madre/Guardián Legal Nombre (Impreso)

Fecha

Para optar NO en la Liberación de todo Registro de Educación o Liberación y Consentimiento para los Medios de Comunicación por favor escriba sus iniciales en los enunciados abajo mencionados:

_____ **YO NO** doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea fotografiado o entrevistado para los medios de comunicación.

SOLO SUN:

_____ **YO NO** doy mi permiso para la liberación o intercambio de información para ser compartido.

SOLO SERVICIOS JUVENILES DE SEI:

_____ **YO NO** doy mi permiso para la liberación o intercambio de información para ser compartido.

(NOTA: El estudiante **no puede** inscribirse en los Servicios Juveniles de SEI o participar en alguna actividad de los Programas de SEI, si usted opta NO en la Liberación de todo Registro de Educación)

Al escribir sus iniciales abajo, usted NO ESTA de acuerdo en compartir el siguiente nivel de información con otras agencias asociadas con Conexiones de Servicio Social Northwest (NWSSC) HMIS/CMIS:

_____ Fuera del mínimo de elementos de información requerida (Nombre, Fecha de Nacimiento, Género, Estatus de Veterano, Número de Seguro Social) **YO NO estoy de acuerdo en compartir** ninguna información adicional a través de Conexiones de Servicio Social Northwest (NWSSC) HMIS/CMIS con otras agencias asociadas con Conexiones de Servicio Social Northwest (NWSSC) HMIS/CMIS

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

Parent Coordinator: _____

ServicePoint: _____

Date: _____

Student Coordinator: _____

DocRecord: _____

Date: _____

ETO: _____

Date: _____

YS Manager Signature: _____

Caseload Start Date: _____

School District ID (Synergy): _____

State Student ID (SSID): _____

SEI Client ID: _____

Service Point Client ID: _____