



## Communities In Schools of Lake County FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PARIENTE O GUARDIAN

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_ Dirección de casa: \_\_\_\_\_

**Escuela:**  Block Jr. High  EC Central  Otro \_\_\_\_\_

### ESTIMADO PARIENTE O GUARDIAN:

Su hijo (a) ha sido referido a Communities In Schools of Lake County como alguien que se beneficiarían de los servicios de CIS. Su permiso es requerido para la participación de todas las actividades de Communities In Schools destinadas a aumentar la asistencia a la escuela, mejorar el aprendizaje, fomentar el desarrollo personal y social y (en grados altos) aumentar la empleabilidad y la elegibilidad para la universidad.

Entre los servicios ofrecidos por CIS están servicios de asesoramiento, actividades recreativas programas académicos y de enriquecimiento virtuales / en persona

con salud y servicios humanos, viajes de campo, exploración de carreras, y asistencia en la preparación para la universidad. Con el fin de que su hijo (a) participe, su autorización y acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento, como evidencia su firma a continuación es necesaria.

Yo, \_\_\_\_\_ concedo el permiso para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ participe en Communities In Schools of Lake County y en todos los servicios de CIS, mientras que el o ella estén matriculados en **East Chicago Central Escuela Secundaria** o hasta que yo notifique a CIS of Lake County, por escrito a mi deseo de retirar mi estudiante de los servicios de CIS. Yo expresamente autorizo lo siguiente:

1. Realizar entrevistas, pruebas y cuestionarios de programa de estudiantes para fines de evaluación.
2. Divulgación de la información confidencial (i. e el acceso a los expedientes de los estudiantes, incluyendo las calificaciones, calificaciones de las pruebas, asistencia o expedientes disciplinarios, entrevistas, etc.; acceso financiero, médicos, o asistencia pública de organismos apropiados) para personal profesional de CIS calificado según sea necesario. Sujeto a leyes federales y estatales, esta información se mantendrá en un asunto de carácter confidencial.
3. Referencias a otros organismos de servicios específicos (por ejemplo, salud, asistencia pública, 4th & Goal Mentoring, consejería y/ o pruebas psicológicas).
4. Transportación de mi hijo (a),( ya sea en un transporte público o privado, incluyendo autobús, taxi, o automóvil ) en las salidas de campo, citas, reuniones, y otras actividades.
5. Participación en los servicios especificados en los planes de servicio de mi hijo (a), tales como consejería, tutoría, enriquecimiento cultural, y/o actividades recreativas.
6. Información de emergencia o tratamiento médico dental de un hospital local o por cualquier profesional autorizado o dentista en caso de enfermedad, accidente o emergencia, si no estoy en condiciones de ser alcanzado de manera oportuna.
7. Participación en fotos, entrevistas y/o video relacionados con el programa, y el uso de cualquiera de estos por Communities In Schools para publicidad, entrenamiento y/o fines de relaciones públicas.
8. Yo reconozco que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento informando a un miembro de CIS of Lake County, por escrito, salvo consentimiento previo que se aplicaran en la medida en que la agencia ya han tomado medidas en la dependencia de la misma.

Yo puedo decir que no voy a retener a Communities In Schools of Lake County, Inc. o cualquier otro sitio de trabajo, organización o agencia, responsable de médicos y/o tratamientos quirúrgicos en caso de enfermedad, accidente o cualquier otra situación de emergencia. Yo estoy de acuerdo en que los servicios proveídos por CIS of Lake County están llenos y adecuados para esta renuncia.

Para promover el desarrollo académico, personal y profesional de mi hijo (a), voy a participar en al menos dos conferencias de padres/tutores por año para discutir el progreso de mi hijo (a) (ya sea a través de una visita de casa o visita de escuela).

A continuación se detallan las actividades en las que no quiero que mi hijo (a) participe: \_\_\_\_\_

Firma de Pariente/Guardian \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO DEL PARIENTE \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_



**Para la oficina:**

Date Received: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

Roster  Scan  Dropbox

EZ Report  CISDM  \_\_\_\_\_

Bienvenida – Por favor, llene la siguiente forma de inscripción para que su hijo(a) puede enrolarse en este programa de Communities In Schools of East Chicago/Lake County. De manera de llevar efecto el programa le pedimos que su hijo(a) asistir al programa diariamente.

**Por favor marque la programa que el estudiante está registrando:**

Youth PLUS  Charting For Success

OTHER \_\_\_\_\_

**Información de estudiante:**

Número de Identificación de Estudiante: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Cumulativo GPA: \_\_\_\_\_

**Escuela:**  McKinley Elementary  Washington Elementary  EC Middle (Block Jr High)

Otro \_\_\_\_\_ Escuela Previo: \_\_\_\_\_

Necesidades Especiales (si aplicable):  Físico  Educación Especial  Conocimiento limitados de inglés

**To Be Completed by Student if Applicable:** *(Para ser completado por estudiante si procede)*

Have you taken the SAT/ACT?  Yes  No

If yes, please indicate the last time you took the SAT (month/year) \_\_\_\_\_ ACT (month/year) \_\_\_\_\_

When will you take/ retake the SAT? (month/year) \_\_\_\_\_ ACT (month/year) \_\_\_\_\_

High School Graduation Year: \_\_\_\_\_ Have you completed a graduation plan?  Yes  No (If yes, please provide a copy)

High School Students Only: Are you interested in Internship/Job Shadowing opportunities\*, if available?

Yes  No  I am only interested in **paid** Internships

*\*Note: These opportunities may be paid or unpaid*

**Información del Padre:**

**Primer Contacto:** *(Por favor marque:  Madre  Padre  otro \_\_\_\_\_)*

**Nombre del Madre (o guardián legal):** \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ (Mismo de niño:  Sí  No)

Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre (o guardián legal):** \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ (Mismo de niño:  Sí  No)

Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_



**Persona para Contactar en Emergencia**

#1 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ (  Casa  Celular )  
(Relación a estudiante: \_\_\_\_\_)

#2 Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ (  Casa  Celular )  
(Relación a estudiante: \_\_\_\_\_)

**Política de Recogido:**

Es imprescindible que por el fin del programa, todos estudiantes siguen sus instrucciones de padres (**como indicados abajo**) y están de camino a casa. **Marque por favor uno:**

- Mi niño ha sido **instruido** para ir hacia la casa después del Programa.
- Mi niño **no tiene** permiso de irse caminando la casa después del Programa. Tomaré responsabilidad de recoger a niño(a) **inmediatamente** después del programa.

School City of East Chicago les proporcionará transporte a estudiantes de SCEC que necesitan un paseo en casa.

**Marque por favor si applicable:**

- Mi niño tiene permiso para cabalgar el autobús del School City de East Chicago.

**La Liberación de Información a los Medios**

Durante el curso del programa puede ser que tomaron una fotografía de los estudiantes para ayudar a promover y hacer público el programa.

Para indicar que das permiso de tomar una fotografía de su estudiante para ayudar a promover y hacer público el programa, por favor firma aquí: \_\_\_\_\_.

Si usted decide de no da permiso de tomar una fotografía de su estudiante, por favor firma aquí: \_\_\_\_\_.

*Por favor nota si usted preferir que su estudiante no tome una fotografía, es la responsabilidad de los padres de dar instrucciones a su estudiante de su decisión.*

**Permiso para Programa Participación:**

Doy permiso para mi niño(a), \_\_\_\_\_, participar en el Programa de Communities In Schools of East Chicago/Lake County. Al firmar este formulario, estoy autorizando la divulgación y el intercambio de documentos y/o datos electrónicos específicos para mi niño, para que pueda seguir mejor rendimiento académico del estudiante, incluyendo datos sobre la evaluación del distrito o a nivel estatal; asistencia escolar; asuntos disciplinarios; si califica para un almuerzo gratis o a un precio reducido; elegibilidad de la educación y servicios especiales; información de salud; demográficos de la familia. Queda entendido que el intercambio de información se limitará al personal autorizado de CISEC/LC, incluyendo CISDM el sistema de entrada de datos y de School City of East Chicago y los archivos e información respecto a los servicios serán protegidos por regulaciones que gobiernan el intercambio de información confidencial.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_



## Centros Comunitarios de Aprendizaje de Siglo 21 Formulario de Consentimiento de Liberación de Registros y información para los Padres

El Departamento de Educación de Indiana ("IDOE") desea recoger datos sobre las actividades y eventos que tienen lugar en los salones, las escuelas y los programas relacionados con la escuela en todo el estado. Los Derechos Educativos de la Familia y Ley de Privacidad ("FERPA") requieren que el IDOE y 21st Century Community Learning Center ("21st CCLC") para obtener el consentimiento previo por escrito del padre, tutor o estudiante elegible antes de divulgar cualquier información personalmente identificable acerca de un estudiante. La información solicitada se utilizará para calcular el impacto que la CCLC 21 tiene en el rendimiento de los estudiantes y para cumplir con los requisitos de presentación de informes como resultado de recibir fondos estatales y federales.

**Comunidades en las Escuelas de East Chicago** se dedica a establecer un centro comunitario de aprendizaje diseñado para brindar a los estudiantes oportunidades académicas y de enriquecimiento, así como actividades adicionales para complementar sus programas académicos regulares. Los programas de calidad son aquellos que demuestran un alto índice de asistencia diaria y el compromiso con los familiares de los participantes activos. Los programas que demuestran estas características son más propensos a tener un mayor crecimiento de los estudiantes, el aumento de las tasas de expulsión de las evaluaciones locales y estatales, y los estudiantes seguir estudios postsecundarios.

Entiendo que esta autorización se realiza de conformidad con los Derechos Educativos de la Familia y Ley de Privacidad ("FERPA"), establecido en 20 USC § 1232g y su regulación en el 34 CFR Parte 99 (modificada en 2012). Además, entiendo que este consentimiento se realiza de acuerdo con 34 CFR 99.30 (a), el cual requiere que (1) el consentimiento del padre o estudiante elegible especificar los registros que serán dadas a conocer, (2) indicar el propósito de la divulgación, e (3) identificar la parte o partes a las que la revelación puede ser hecha.

**Al firmar este formulario, doy la escuela de mi estudiante asiste permiso para revelar a la CCLC 21 la siguiente información. También doy permiso a la CCLC 21 para volver a revelar la siguiente información a las partes re-divulgación.**

1. **Divulgación de registros:** Registro de la Escuela de Información / Datos demográficos, datos de evaluación, calificaciones de los estudiantes, Asistencia Escolar de Día, datos de la encuesta, Estatus de Almuerzo Gratuito y Reducido, datos de Asistencia de calificaciones de los estudiantes, Datos de evaluación, los datos demográficos
2. **Partes de divulgación:** 21st CCLC
3. **21a CCLC divulgación Re-Partes:**
  - a. Departamento de Educación de Indiana
  - b. Evaluador de IDOE contratado en todo el estado
  - c. Departamento de Educación de Estados Unidos
4. **Propósito de cada divulgación:** Recoger datos para calcular el impacto 21st CCLC tiene en el rendimiento estudiantil.

Todos los registros e información sobre los servicios estarán protegidos por FERPA, que regula el intercambio de información confidencial. El intercambio de información se limitará al personal autorizado de la CCLC 21 y las partes antes mencionadas re-divulgación. No hay datos individuales de los estudiantes que se dará a conocer más allá de lo especificado en esta autorización.

Esta autorización, para recibir los servicios de la CCLC 21 y para el intercambio de información confidencial, permanecerá en vigor durante el período de inscripción de mi hijo en la CCLC 21, o hasta que sea rescindida por escrito. Entiendo que esta autorización podrá ser revocada por mí en cualquier momento con una solicitud por escrito fechada y firmada por mí, salvo en la medida en que la CCLC 21 ha actuado ya en la confianza en este consentimiento. Revocación por escrito se deben enviar a:

**Patricia Simes**  
**Communities In Schools of East Chicago**  
**100 West Chicago Avenue**  
**219-378-9114, 219-398-9118**  
**p.simes @ cisoflc.org**

Entiendo que el programa 21st CCLC requiere diez (10) días hábiles para procesar mi solicitud. Entiendo que los expedientes personales están protegidos por FERPA y cualquier divulgación adicional o re-revelación, no autorizada por este consentimiento o no admisible con arreglo a la ley federal o estatal, está prohibida.

**He leído esta autorización antes de firmar y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de esta versión.**

Nombre del Estudiante: (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor / Estudiante Elegible: (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Encargado: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_



## La autorización para Tratar a un Menor/Liberación/Información de Salud

Nombre de Menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Los Yo/nosotros, el padre (padres) o guardián legal (guardianes) del encima de menor denominado, por la presente da el permiso de mi/nuestro para el niño de mi/nuestro a tomar parte en el programa del CISEC-LC y actividades, incluyendo transporte implicado para su participación en actividades fuera del campus, y absuelve CISEC-LC de la obligación a mí/nosotros y a los niños de mi/nuestro a causa de enfermedad o herida al niño del mi/nuestro o la pérdida de su propiedad que resulta de tal participación. Aún más, los Yo/nosotros por la presente asumimos todo riesgo asociado con la participación en el programa del CISEC-LC y actividades del niño de mi/nuestro, y concordamos en tener CISEC-LC inocuo, sus empleados, los agentes, los representantes, y los voluntarios de cualquier y toda obligación, las acciones, la línea de acción, las deudas, los reclamos o demanda de cualquier tipo y naturaleza todo lo que puede surgir por la con o en conexión con la participación del niño de mi/nuestro en cualquier actividad relacionada al programa del CISEC-LC.

En caso de emergencia médica, los yo/nosotros por la presente autorizamos liderazgo de CISEC-LC a ejercitar su discreción a obtener y/o proporcionando atención médica para el niño de mi/nuestro. Los Yo/nosotros por la presente asumimos responsabilidad llena para todas obligaciones financieras que surgen de transportar el niño de mi/nuestro a un centro médico, y para todos los otros gastos relacionados a obtener y/o proporcionando atención médica para el niño de mi/nuestro. Es comprendido que esta autorización es rendida avance de algún diagnóstico específico, cuidado de tratamiento de hospital para ser requerido, pero es dado a proporcionar la autoridad y la liberación para obtener o rendir cuidado que liderazgo de CISEC-LC, en el ejercicio de su mejor juicio, puede creer conveniente. Es comprendido que el esfuerzo será hecho para contactar el abajo firmante antes de la interpretación tratamiento al paciente, pero a ese tratamiento no será retenido si el abajo firmante no puede ser alcanzado.

Nombre de Compañía de Seguros de Asistencia Médica \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre de Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene usted cualquiera del siguiente? Si sí, explica por favor tipo y severidad:

Alergias de Medicina NO SI \_\_\_\_\_ Asma NO SI \_\_\_\_\_

Alergias de Alimento NO SI \_\_\_\_\_ Diabetes NO SI \_\_\_\_\_

Otras Alergias NO SI \_\_\_\_\_ Epilepsia NO SI \_\_\_\_\_

¿Toma usted cualquier medicina (medicinas) en una base regular y progresiva? Si sí, lista por favor:

\_\_\_\_\_

Por favor de incluir cualquier otra condición de la salud o información médico en caso de necesidad de revelar a los profesionales médicos antes de tratamiento. \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que el precedente es verdad & correcto, y que comprendo y acepto todas provisiones describir aquí.

El Nombre impreso de Madre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Teléfono segundo \_\_\_\_\_



El Nombre impreso de Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Teléfono segundo \_\_\_\_\_

La persona aparte de los padre(s)/guardián(s) para llamar por teléfono en caso de emergencia: [Relación a estudiante: \_\_\_\_\_]

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Teléfono Segundo \_\_\_\_\_

## **POLITICA DE DISCIPLINA**

Los estudiantes deberán cumplir con todas las reglas de la escuela y con las indicaciones del personal de Communities In Schools of Lake County – Youth PLUS. Es el propósito de estas políticas de prevenir problemas de comportamiento manteniendo el programa bien organizado, establecer expectativas claras, modelando el comportamiento responsable y respetuoso, ofreciendo actividades apropiadas, satisfacer las necesidades de apoyo académico de sus estudiantes, y proporcionar un refuerzo positivo para el buen comportamiento. Cuando sean necesarias las acciones disciplinarias, utilizamos la suspensión de los privilegios, separación del grupo, avisos a los padres, y la suspensión o expulsión del programa según sea necesario.

**El castigo corporal y otros castigos físicos (como la exigencia de un estudiante a pararse en una esquina, correr o hacer sentaderas, o retener alimentos o privilegios de baño) están prohibidos.**

### **Pasos de Medidas de Disciplina-**

CIS LC personal utilizaran las siguientes formas de disciplina

**Primera ofensa-** “Tiempo personal” Remover al niño de una situación por unos minutos de acuerdo a su edad, para que pueda recuperar el control de su comportamiento. **Esto no significa ponerlo de pie en un rincón.**

**Segunda ofensa** – “Informe Escrito” Tiempo a solas con el Coordinador del Sitio y llamar a los padres para discutir el comportamiento. Un reporte escrito del comportamiento deberá ser sometido a la oficina administrativa de CIS Lake County.

**Tercera ofensa-** “Llamada a Padres” Llamar al padre para que recoja inmediatamente al niño incluyendo información al padre de que la suspensión permanente del programa Youth PLUS puede ocurrir.

### **Terminación de la participación en cualquiera de las actividades de CIS Lake County**

CIS Lake County’s Youth PLUS programa después de las clases no puede servir a los estudiantes que crónicamente muestran un comportamiento destructivo. Comportamiento destructivo crónico puede ser definido como una actividad física y verbal el cual puede incluir, pero no limitado a:

- Comportamiento que requiere la atención constante de un miembro del personal
- Comportamiento que imponga daño físico o emocional a otros niños o a sí mismo
- Comportamiento que abuse del personal y/o ignorar o desobedecer las reglas
- Repetidos problemas de disciplina tales como comportamiento destructivo, negación de seguir instrucciones, o dialogo o acciones irrespetuosas a otros estudiantes o el personal

### **ZERO TOLERANCIA**

Si un estudiante se encuentra que hayan cometido los siguientes delitos, el estudiante recibirá de inmediato una suspensión permanente de las actividades de CIS Lake County:

1. Sabiendo o posesión voluntaria de un arma, o “parecida” arma de cualquier clase u objeto peligroso. En caso de posesión de un arma o blandiendo un cuchillo, una expulsión permanente será impuesta.” Armas” significa cualquier arma de fuego, se asemejan a reales tanto cargada o descargada; cuchillo, cualquier sustancia química; cualquier dispositivo o instrumento diseñado como un arma o a través de su uso capaz de amenazar, causar terror, o causar daño físico o la muerte; tales como pero no limitados a los siguientes:

Cuchillos pequeños de bolsillo  
Fuegos pirotécnicos, bombas de fuego  
Tirando dardos  
Herramientas no autorizadas  
Mace o aerosol de pimienta

Objetos molestos y juguetes

2. Posesión o bajo la influencia ilegal de sustancias, alcohol o drogas. Esto se aplica a todos los incidentes, incluyendo “agarrar” la sustancia ilegal para un amigo o atendiendo eventos de CIS Lake County bajo la influencia de alcohol o droga incluyendo la venta de una sustancia controlada.
3. Amenazando de causar, o causar un daño físico a otra persona incluyendo golpear o pegar a otros estudiantes.
4. Participación en incidentes de grafiti a la propiedad de CIS LC y/o propiedad de la escuela, edificios, estructuras o equipos.

**La terminación de un estudiante de los programas de CIS Lake County deberá tener una documentación escrita enviada a la oficina administrativa de CIS Lake County antes de la implementación. Esta documentación escrita deberá ser enviada a ambos Director Ejecutivo y Director de Operaciones.**

**Como pariente, usted tendrá ciertas inquietudes o desean ofrecer sugerencias. Usando las líneas de abajo, podemos modificar el mencionado plan acordado con sugerencias.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**Técnicas adicionales para ser utilizada con mi hijo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Firma del pariente/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_