

ESCUELAS PUBLICAS DE CHICAGO-INICIATIVA DE ESCUELA DE COMUNIDAD FORMA DE REGISTRACION DEL XX1 CCLC

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre:		Raza: : <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de Nacimiento:	Telefono 1:	Telefono 2:	
Dirección Actual:			
Ciudad:	Estado: IL	Zona Postal:	
Correo Electronico:	Grado Escolar:		

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto de emergencia(Padre/Guardian/Otro):		
Dirección:		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Relación:		

INFORMACION PADRE/GUARDIAN

Padre/Padraastro/Guardia•n:		
Dirección:		
Trabajo:	Celular:	Casa:
Madre/Madrastra/ Guardia•n:		
Dirección:		
Trabajo:	Celular:	Casa:

CONDICIONES MÉDICAS DE LAS CUALES CPS- INICIATIVA DE ESCUELAS DE COMUNIDAD DEBE ESTAR ENTERADO

INFORMACIÓN DE PARTICIPACION DE DEPORTES (SI APLICA)

Fecha de Temporada:	
Horario de Practica:	Fecha de Temporada:
Fecha de Temporada:	
Horario de Practica:	Fecha de Temporada:

INFOMACION DE EMPLEO DEL ESTUDIANTE (SI APLICA)

Empleador Actual:	
Dirección de Empleador:	Horas/Semana Típica:

FIRMAS

Hemos leído y firmado con iniciales todas las declaraciones al reverso y acordamos respetar todo estos reglamentos.

Fecha:	Fecha:
Firma de Padre/ Guardia•n:	Fecha:

PHOTOS

Yo doy a CPS-Iniciativa de Escuelas de Comunidad permiso de usar fotos de mi niño/niña para propósitos promocionales dentro del alcance del Programa de Después de la Escuela y Programas de Enriquecimiento

SI NO

Firma del Padre/ Guardia•n:	Fecha:
------------------------------------	---------------

ATRAS

ESCUELAS PUBLICAS DE CHICAGO-INICIATIVA DE ESCUELA DE COMUNIDAD APLICACION DE PROGRAMACION DEL XXI CCLC

Doy permiso a la escuela de notificar a un contacto de emergencia autorizado por mi para actuar en mi favor en caso que no pueda ser localizado durante una emergencia medica.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Doy permiso al niño/niña para tomar parte en los programas y actividades proevidos por la Iniciativa de Escuelas de Comunidad XXI CCLC.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Comprendo que este programa se centra en dar clases privadas académicas y enriquecimiento, los deportes y la recreación, la educación de habilidades de vida, así como prevención de abuso de sustancias.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Comprendo que alguna cuenta médica contraída por un accidente es mi responsabilidad y yo no mantendré al CPS o a sus socios obligados por tales ocurrencias.	Padre/ Guardia•n Iniciales_____
Comprendemos y afirmamos las expectativas siguientes del estudiante: <ul style="list-style-type: none"> Cada estudiante tiene el derecho de aprender y paticipar en el porgrama, a menos que sea revocado debido a medidas disciplinarias. Cada empleado tiene derecho de enseñar, entrenar, presentar sus materiales y actividades. Todos tienen el derecho de sentirse física y emocionalmente seguro. 	Padre/Guardia•n Iniciales_____ Estudiante Solicitante Iniciales:_____
Comprendemos y afirmamos esta póliza de asistencia: <ul style="list-style-type: none"> Estoy de acuerdo en asistir a todas las sesiones de cualquier programa para el que me registro. Estoy de acuerdo que faltas de 3 sesiones consecutivas, o 5 o más sesiones en un semestre, sin documentación puede resultar en ser expulsado del programa. 	Padre/ Guardia•n Iniciales_____ Estudiante Solicitante Iniciales:___
Comprendemos y afirmamos esta póliza de comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> Mantendré conducta apropiada de acuerdo con el código de estudiante de conducta de CPS. Comprendo que mis padres/guardianes serán notificados si hay en mi conducta inapropiada (conducta que amenaza la seguridad física o emocional a terceros o que interrumpa la atmósfera educativa) y ese caso como resultado mi despido del programa para el resto del cuarto de semestre en el que el caso ocurra. 	Padre/ Guardia•n Iniciales_____ Estudiante Solicitante Iniciales:___

TRANSPORTACION DE AUTOBUS

Mi esudiante va (seleccione una de las opciones abajo)

___ Mi niño/niña caminara a la casa despues del programa 21st CCLC

___ Mi niño/niña será recogido(a) por un padre/guardián.

___ Mi niño /niña asegurará su propio transporte.

Nota: Los estudiantes que salen antes que el programa termine deban avisar al Cordinador del 21st CCLC. Por favor escriba su inicial aquí, si su estudiante puede salir antes que el programa termine_____.

VOLUNTARIO

Estoy interesado en ser un padre voluntario en la escuela de mi hijo. ___ Si ___ No

Firma del Padre/ Guardia•n:	Fecha:
------------------------------------	---------------



Permiso Adicional de los Padres para la Participación del Niño y el Estudio de Evaluación del Programa:
“Midiendo la Efectividad de Programas en Chicago de Escuelas de la Comunidad”

¿Cuál es el propósito de este estudio de evaluación? Metropolitan Family Services está pidiéndole a usted y su hijo(a) que participen en el programa de estudio de evaluación para ayudarnos aprender más acerca de las mejorías que los estudiantes tienen en la escuela después de haber participado en el programa de las Escuelas de la Comunidad. Queremos saber cómo están mejorando los estudiantes en el salón de clases y cómo se comportan con los compañeros y maestros. También queremos determinar la cantidad de estudiantes que disfrutaron del programa. Usted y su hijo(a) han sido invitados a participar en ésta investigación porque su hijo(a) está registrado en el programa. Este programa de evaluación está siendo conducido por Vikki Rompala, directora de calidad y resultados, de Metropolitan Family Services. Si usted acepta participar, su hijo(a) será registrado y la información será obtenida durante el final del año escolar a menos que decida cambiar de opinión. Puede haber otras personas en el equipo de investigación ayudando con el estudio del departamento de calidad de Metropolitan Family Services. Esperamos incluir unos 10.000 estudiantes en la investigación cada año.

¿Por qué usted y su niño se le pide que participe en la investigación? Su hijo(a) es invitado a participar en este estudio porque ella o él está inscrito en los programas de las escuelas de la comunidad en la escuela de su hijo(a). Sólo los estudiantes y padres que participan en la programación serían capaces de contarnos sobre sus experiencias, razón por la cual usted y su hijo se les pide participar.

¿Qué voy hacer si estoy de acuerdo en participar en la investigación? Se le pedirá que complete una encuesta al final del año escolar. Esta encuesta le preguntará sobre su propia satisfacción con el Programa de las Escuelas de la Comunidad para su hijo(a). También le preguntará si el Programa ha cambiado su compromiso como padre en la participación académica y escolar con su hijo(a).

¿Qué se le pedirá a mi hijo(a) hacer si le permito participar en esta investigación? Se le pedirá a su hijo(a) completar un cuestionario de satisfacción.

¿Quién? Niños del 3er grado en adelante

¿Qué? Llenar una encuesta de satisfacción

¿Cuándo? Al final de cada año escolar mientras participe en el Programa

¿Porqué? Para entender cómo se siente el estudiante acerca de su participación en el Programa en las diferentes áreas de su vida y qué opina del Programa

Padres por favor estén conscientes de que bajo la cláusula del Protection of Pupil Rights Act.20 U.S.C. Section 1232 (c)(1)(A), ustedes tienen derecho a revisar una copia de las preguntas que se le harán a sus estudiantes. Si tiene dudas, puede comunicarse con Vikki Rompala al (312) 986-4292 para obtener una copia de las preguntas y/o materiales usados en el programa.

¿Cuánto tiempo tomará ésta encuesta? La encuesta de los padres tomará aproximadamente 10-15 minutos de su tiempo y será recolectada al final del año escolar. Nuestro plan es pedirles a los padres que completen ésta encuesta el día que pasen a recoger la boleta de calificación de fin de año de su hijo(a). Para el niño, tardará unos 10-15 minutos de su tiempo completar la encuesta del fin de año. Los estudiantes tendrán tiempo durante el programa para terminar la encuesta.

¿Qué otra información se necesitará para este estudio de evaluación? Metropolitan Family Services mantiene registros de asistencia de su participación en el programa de escuelas de la comunidad, y esta información de asistencia del programa se incluirán en esta evaluación. Además, la o el maestra/o tendrán que completar una encuesta. La encuesta le preguntara al o a la maestra/o sobre el trabajo académico, comportamiento, asistencia y como se lleva con sus compañeros y maestro/a su estudiante.



¿Hay riesgos involucrados en participar en este estudio? Participar en éste estudio no crea más riesgos que los que se pueden encontrar en el transcurso de la vida diaria. Pudiera ser que su hijo(a) o usted, sintieran vergüenza o incomodidad al contestar algunas preguntas. Hay un pequeño riesgo que los archivos de su hijo(a) no permanezcan confidencial, pero las prácticas de seguridad hacen esto muy improbable.

¿Hay algún beneficio a los participantes en este estudio? Usted y su hijo(a) no serán personalmente beneficiados por participar en éste estudio de evaluación. Con éste estudio de evaluación, esperamos saber cómo mejorar el Programa de las Escuelas de la Comunidad y obtener mejores resultados académicos para estudiantes en un futuro.

¿Puede usted decidir no dejar que su hijo(a) participe? Su participación es voluntaria, que significa que puede elegir no permitir que sus hijos(as) participen. Usted o su hijo(a) puede elegir no participar en este estudio y participar en el programa de escuelas de la comunidad. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Incluso si usted está de acuerdo permitir que su niño(a) participar en la investigación, el niño(a) puede decidir que él o ella no quiere participar en este estudio ahora o una vez que él o ella empiece el estudio, puede retirarse en cualquier momento de la investigación. No habrá consecuencias negativas, sanciones o pérdida de beneficios si usted decide no permitir que su niño(a) participen o si cambia de opinión más adelante y retira a su hijo(a) de la investigación después de que él o ella haya comenzado a participar.

¿Hay otras opciones para mi hijo que la investigación? En vez de participar en este estudio su hijo(a) puede trabajar en sus tareas o leer un libro. Incluso si usted o su hijo decide no estar en la investigación, es bienvenido a compartir su opinión general al personal del programa en el programa de escuelas de la comunidad. No, se incluirán opiniones generales en esta investigación.

¿Quién verá la información del estudio de mi hijo(a) y cómo será protegida la confidencialidad de la información colectada para la investigación? Los registros de la investigación se mantendrán y almacenarán de manera segura. Información de su hijo(a) se combinarán con información de otras personas que participan en el estudio. Al escribir sobre el estudio o publicar un documento para compartir la investigación con otros investigadores, vamos a escribir acerca de la información combinada que hemos reunido. No incluiremos el nombre de tu hijo(a) o cualquier información que directamente identifique a su hijo(a). Haremos todo lo posible para evitar que cualquier persona que no está en el equipo de investigación sepa que su hijo(a) nos dio información, o que es esa información. Sin embargo, algunas personas pueden revisar o copiar nuestros archivos que pueden identificar a su hijo(a) para asegurarse de que estamos siguiendo requeridas reglas, leyes y regulaciones, por ejemplo, la Federal Institutional Review Board. Investigación de registros se almacenarán de forma segura y están protegidos por contraseñas y solo personal de investigación será capaz de mirar esta información. Tres años después de la conclusión de este estudio se destruirán todos los datos de investigación. Esto incluye expedientes educativos de su hijo(a) y todas las encuestas completadas.

¿Quién debe ser contactado para obtener más información acerca de la investigación? Antes de decidir si o no permitir que su niño(a) participe en el estudio, por favor, haga cualquier pregunta que podría venir a la mente ahora. Más adelante, si usted o su hijo(a) tiene preguntas, sugerencias, inquietudes o quejas sobre el estudio o usted o su niño(a) quieren obtener información adicional o proporcionar información sobre esta investigación, usted o su niño(a) puede comunicarse con la investigadora Vikki Rompala, Director de Calidad y Resultados de Metropolitan Family Services en 312-986-4292 o rompalav@metrofamily.org.

Esta investigación ha sido revisada y aprobado por Metropolitan Family Services Federal (IRB) IRB00007336. Si usted (o su hijo/a) tiene preguntas sobre los derechos del niño(a) como un sujeto de investigación usted o su niño/a puede comunicarse con Allen Hall, Director de Conformidad e Investigación de Metropolitan, al 312-986-4349 o por correo electrónico a halla@metrofamily.org.

Se le dará una copia de esta información para mantener en sus registros.

Spanish Parent Consent for Community Schools Programming 8.4.17



Declaración del padre o tutor legal autorización para participación de los niños en la investigación:

- Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros escolares del estudiante, cuestionar el contenido de dichos registros y limitar mi consentimiento a los registros designados o a partes designadas de la información dentro de los registros.
- Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta el 1 de septiembre de 2018. Entiendo que, para revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito de mi intención de revocarlo a: CPS Office of Accountability, 42 West Madison Street, Suite 300, Chicago, Illinois 60602 o a Metropolitan Family Services, 1 North Dearborn, Suite 1000, Chicago, Illinois 60602.

FORMULARIO DE PERMISO DE LOS PADRES

Participación en el estudio de Evaluación del Programa, “Midiendo la efectividad de los programas de las escuelas de la comunidad,” involucra:

Para todos los participantes, el maestro(a) de su hijo(a) debe completar un cuestionario llamado Encuesta del Maestro(a) al final de cada año escolar y Metropolitan recolectará records de participación del programa.

Para estudiantes del 3er grado en adelante, su hijo(a) se le pedirá que llene unas encuestas al final de cada año escolar mientras el/ella participe en el programa y a usted se le pedirá llenar una encuesta de fin de año.

Éste permiso y consentimiento es válido desde hoy y hasta el final del año escolar.

Nombre de mi hijo(a) es _____ Año Escolar _____

Nombre en letra de imprenta

Estudio de Evaluación del Programa:

- SI, Participaré en el estudio de Evaluación del Programa y autorizo la participación de mi hijo(a) en éste Estudio de Evaluación del Programa.**
- NO, no participaré en el estudio de Evaluación del Programa y no autorizo la participación de mi hijo(a) en éste Estudio de Evaluación del Programa.**

Firma de Padre/Tutor Legal

Firma de Padre/Tutor Legal

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Por favor regresar ésta forma llena a Metropolitan Family Services

Acuerdo del Cliente para Participar en Promociones, Eventos Públicos o Evaluaciones de la Agencia

Como un cliente de servicios de Metropolitan Family Services1 N. Dearborn Ave., Chicago, IL 60602, usted cuenta con protección legal con respecto a su información personal, incluyendo su asociación con la agencia. Toda la información sobre usted es considerada confidencial a menos que dé su autorización para participar según se indica a continuación. El objeto de esta forma es infórmale cómo queremos utilizar esta información y documentar su autorización para hacerlo.

Algunos de los materiales que soliciten su participación pueden incluir folletos, artículos periodísticos, entrevistas, grabaciones de video, fotografías, grabaciones de audio, etc. Algunos de los eventos de la comunidad en los que usted puede participar podrían incluir promociones de la agencia, presentaciones ante miembros del consejo, recaudación de fondos, auditorias externas o de nuestros servicios, así como organizaciones de acreditación, etc.

Por favor revise y marque con sus iniciales, en el espacio a la izquierda de cada área de participación, indicando su autorización.

Doy por este medio mi consentimiento a Metropolitan Family Services para el uso de mi información en los materiales, los eventos o publicaciones siguientes:

Iniciales del Cliente Indican Acuerdo:

_____ Publicar o volver a publicar fotos, video y grabaciones de audio, transmisiones, periódicos, entrevistas, boletines, la página del internet de Metropolitan Family Services informes anuales, etc. Otros materiales:

(Puntos y/o lista de otros materiales indicados por el personal)

_____ Participación en un evento publico, promoción, entrevista u otra actividad como se describe:

(Puntos y/o lista de otras actividades por el personal)

_____ Estoy de acuerdo en permitir a Metropolitan Family Services que comparta materiales con las organizaciones asociadas o donadores para promover a Metropolitan Family Services

Marque Sólo Uno:

_____ Estoy de acuerdo en permitir que me identifique en mi participación.

_____ No quiero ser identificado como parte de mi participación.

Su participación es una valiosa contribución a la agencia y le damos las gracias. Sin embargo, su participación no es obligatorio para recibir servicios de Metropolitan Family Services y su consentimiento o acuerdo puede ser cancelada por usted en cualquier momento, por escrito o verbalmente. Del mismo modo, la aceptación de participar no implica ninguna garantía de servicios o alguna compensación por parte de Metropolitan Family Services.

Firma del Participante

Número del Participante

Nombre del Participante

Firma del Padre/ Guardián, si el Participante es menos de 16 años

Fecha _____ *Testigo:* _____ *Localidad de la Oficina:* _____