

Información del padre/Guardián

Guardián primario (Primer nombre y apellido)

Parentesco

Correo electrónico

(_____) _____

(_____) _____

Teléfono de casa

Celular

6) El nivel de educación COMPLETO mas alto de la madre/tutor legal? (Por favor marque uno)

- Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato GED
 Escuela Vocacional Licenciatura asociada (colegio) Universidad de 4 años
 Maestría o doctorado

Guardián secundario (Primer nombre y apellido)

Parentesco

Correo electrónico

(_____) _____

(_____) _____

Teléfono de casa

Celular

7) El nivel de educación COMPLETO mas alto de la padre/tutor legal? (Por favor marque uno)

- Ninguno Primaria Secundaria Bachillerato GED
 Escuela Vocacional Licenciatura asociada (colegio) Universidad de 4 años
 Maestría o doctorado

Información sobre el hogar

Encuesta *NOTA: Si esta inscribiendo a varios niños, solo necesita completar esta sección una vez. Gracias por completar la encuesta a continuación. La información confidencial que usted proporciona nos ayuda a comprender mejor a nuestra comunidad y se utiliza para buscar fondos y recursos necesarios. Agradecemos su apoyo y opinión.

1) ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

("Hogar" significa todas las personas que viven en el mismo hogar, incluido el niño, padre/guardián, padrastro, pareja doméstica, hermanos, otros miembros de la familia, como tías, tios, suegros, primos, abuelos y otras personas que no estan relacionadas.(no familiares)

2) ¿Cuales son los ingresos totales anuales del hogar? (Por favor marque uno)

- Menos de \$10,000 \$10,001- \$20,000 \$20,001 – \$30,000 \$30,001 - \$40,000
 \$40,001 - \$50,000 \$50,001 - \$60,000 \$60,001 - \$70,000 \$70,001 - \$80,000
 \$80,001 - \$90,000 \$90,001 - \$100,000 \$101,001 - \$110,000 Más de \$110,000

3) ¿ Participa en algun programa de beneficios públicos? (Marque to dos las que apliquen)?

- CalFRESH/SNAP CalWORKS Asistencia General SSI Otro: _____

4) ¿Qué tipo de seguro de salud tiene su familia? (Por favor marque uno)

- Sin seguro de salud Cobertura privada (ejemplo. Kaiser, BlueCross, etc. CHIP
 Medi-Cal Health PAC Covered California/Obamacare
 Otro: _____

Nombre del titular de la póliza

Número de identificación de la póliza / seguro

Nombre de Padre/Tutor

Firma de Padre/Tutor "Al ingresar mi nombre aquí, autorizo que se use como mi firma."

Relación con el niño/joven

Fecha

**PROGRAMA DE APRENDIAZJE DESPUES DE ESCULA DE EBAYC
CONSENTIMIENTO DE PADRE/TUTOR**

1. Soy el padre/tutor legal y doy mi consentimiento a EBAYC para inscribir a mi hijo (a) en el programa extendido de aprendizaje y actividades de EBAYC para el año escolar 2020-2021.
2. EBAYC me ha informado que los servicios que mi hijo recibe de EBAYC son confidenciales dentro del permiso completo por el estado y leyes federales.
3. EBAYC me ha informado que mi hijo puede ser entrevistado y fotografiado, o grabado en video con el propósito de publicar el trabajo de EBAYC. Por medio de este consentimiento, otorgo a EBAYC el derecho de usar el nombre de mi hijo, fotografía, retrato, video y grabación de audio para publicar o promover, o cualquier otro canal legal, y cedo mi derecho de inspeccionar, o aprobar el producto final/terminado de estas actividades. Sí No
4. Consentimiento de FERPA para divulgar información del estudiante relacionada con las grabaciones del aula y la divulgación de los medios:

Soy consciente de que las sesiones y proyectos del programa de EBAYC se podrían grabar en formato de audio o video. Por la presente, autorizo a EBAYC a divulgar los expedientes educativos consistentes de grabaciones de la voz o imagen de mi hijo obtenidas mientras este participa en el programa (por ejemplo, cuando mi hijo hace presentaciones o preguntas) o imágenes que aparezcan en las grabaciones de los proyectos u otros materiales que haya creado mi hijo. Dicha información podrá divulgarse y ser vista por terceros. Doy mi consentimiento a la divulgación de los expedientes educativos con fines educativos y para permitirle a EBAYC publicitar y promocionar sus programas educativos y promover la educación de otros alumnos.

Soy consciente de que otorgo mi consentimiento de forma voluntaria y que este no constituye una condición o requisito para que mi hijo pueda participar en un programa de EBAYC.

- Sí, estoy de acuerdo con los términos anteriores. No, no estoy de acuerdo con los términos anteriores.

5. EBAYC me ha informado que se le pedirá a mi hijo que complete una encuesta dos veces al año, y se le puede entrevistar con el propósito de evaluar la efectividad de los programas de EBAYC. Yo entiendo que las respuestas de mi hijo se mantendrán confidenciales y que mi hijo tiene derecho a negarse a responder cualquier pregunta que lo haga sentir incomodo, o avergonzado .
6. EBAYC me notificará inmediatamente de cualquier emergencia que pudiera ocurrir, y que requiera atención medica u hospitalización.
7. Autorizo a EBAYC el otorgar u obtener cuidado médico de emergencia que fuera necesario durante la estadía y participación de mi hijo en los programas y actividades de EBAYC.
8. En el evento de una emergencia y de que EBAYC no pudiera lograr contactarme inmediatamente, EBAYC podra entregar a mi hijo a los siguientes individuos. Por favor liste a otros que no sean padres/tutores.

		()
Nombre (Nombre y Apellido)	Relación con el niño/joven	Teléfono
		()
Nombre (Nombre y Apellido)	Relación con el niño/joven	Teléfono

8. Por este medio, y en representación y potestad de mi hijo, mis herederos, sus albaceas, administradores, y ejecutores, libero a EBAYC, y a sus oficiales, a sus agentes, empleados y voluntarios de todos los reclamos, demandas y causas de acción de cualquier tipo, lo que sea que pueda sostenerse en la participación de mi hijo en las actividades, servicios y programas de EBAYC.

Nombre de Padre/Tutor	Firma de Padre/Tutor "Al ingresar mi nombre aquí, autorizo que se use como mi firma."	Fecha
-----------------------	---	-------