Adult Education Reporting Information System
2010-2011 Intake Form
LEA Name:

Arkansas Adult Education
Learn More. Earn More.

Arkansas Department ACE of Career Education

Date of Enrollment (Today's Date): _____

(*Información requerida para captura de datos)

¿Ha asistido previamente a un programa de educación para adultos? Have you previously attended an Adult Education Program?

☐ **Si** ☐ **No**

***Número de Seguro Social o tarjeta de residencia**
*Social Security #: _____-_____-_____

***Fecha de Nacimiento** _____/_____/_____
Date of Birth: mes día año

Edad(Age):_____

***Primer Nombre**
First Name: _____

Segundo Nombre
Middle Name:_____

***Apellido**
Last Name: _____

***Dirección**
Primary Address: _____

***Ciudad** ***Estado**
City: _____ State: AR

***Condado** ***Código Postal**
County: _____ Zip: _____

***Sexo** **Femenino** **Masculino**
Gender: ☐ Female ☐ Male

***Identidad Étnica**
Ethnicity:

☐ Hispanic or Latino
OR:
☐ American Indian or Alaskan Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White
☐ Two or more races

***Número de teléfono de la casa**
Home Phone: (_____)_____

***Número en caso de emergencia**
Emergency Contact: (_____)_____

***Número de teléfono del trabajo**
Work Phone: (_____) _____

Número de celular
Cell Phone: (_____) _____

Correo electrónico
E-mail Address: _____

***Idioma nativo** **Inglés** **No-Inglés**
Native Language: ☐ English ☐ Non-English

Lenguaje nativo no-Inglés
Non-English Native Language: _____

***Fecha de Inscripción (La Fecha de Hoy)**

Contact Type: ☐ **ABE/ASE or** ☐ **ESL**

If applicable: AERIS-generated Student ID Number:

Grado escolar más alto completado:
Last Grade Completed:_____
Si grado 12: ☐ **diploma** ☐ **sin diploma**

Ultimo año al que asistió a la escuela:
Last Year Attended School:_____

***Residencia Rural:** ☐ Si ☐ No
Living Area Rural: (Rural con una población menor de 2,500)

***Empleo (actual):**Employment (Current):
☐ Tiempo Completo (Full-time) ☐ Medio Tiempo (Part-time)
☐ Desempleado (Unemployed) ☐ No está en la Fuerza Laboral (Not in the labor market)

Otras Metas (después podemos comunicarnos con usted para verificar el logro de estas metas)
(Other Goals—you may be contacted for follow-up on achievement of these goals)

Primera Meta (Primary Goal)

☐ **Obtener empleo** (Enter employment)
☐ **Mantener o mejorar el empleo** (Retain or improve employment)
☐ **Obtener el GED** (Obtain a GED)
☐ **Empezar los estudios universitarios o de una escuela técnica** (Enter postsecondary education or training)

Segunda Meta (Secondary Goal)

☐ **Obtener empleo** (Enter employment)
☐ **Mantener o mejorar el empleo** (Retain or improve employment)
☐ **Obtener el GED** (Obtain a GED)
☐ **Empezar los estudios universitarios o de una escuela técnica** (Enter postsecondary education or training)

Razones Adicionales: (Additional Reasons)

□**Prepararse para el examen de ciudadanía** (Achieve citizenship skills)
□**Aumentar mi participación en la educación de mis niños** (Increase involvement in children's education)
□**Aumentar mi participación en las actividades literarias de mis niños** (Increase involvement in children's literacy-related activities)
□ **Aumentar mi participación en asuntos de la comunidad.** (Increase involvement in community affairs)
□**Dejar de recibir asistencia pública** (Leave public assistance)
□**Obtener el certificado de WAGE**(Obtain WAGE Certificate)
□**Obtener el certificado de Career Readiness** Certificate(CRC) (Obtain Career Readiness Certificate)
□**Votar o registrarme para votar por primera vez** (Vote or register to vote for first time)

¿Como escuchó usted de este programa?
(How did you hear about this program?)

- ☐ **Amigo o Miembro de su familia** (Friend or family member)
- ☐ **Periódico o Revista** (Newspaper or magazine)
- ☐ **Folleto o Volante** (Pamphlet or brochure)
- ☐ **Empleador** (Employer)
- ☐ **Anuncio de Radio** (Radio)
- ☐ **Anuncio de Televisión** (TV)
- ☐ **Sito de la Red-Computadora** (Web site – computer)
- ☐ **Ninguno** (None)
- ☐ **Otro** _____ (Other)

Career Pathways Student	☐ Yes
CRC Student	☐ Yes
Distance Education Student	☐ Yes
WAGE Student	☐ Yes

Program Referring: _____

To Program: _____

Date: _____

Clave de la agencia que lo envió:
(Referring Agency Code)

- ☐ Department of Correction
- ☐ Department of Health
- ☐ Department of Human Services(DHS)
- ☐ Department of Career Education (ACE)
- ☐ Department of Workforce Services (DWS)
- ☐ Employment and Training Program(E&T)
- ☐ Faith-based organization
- ☐ Literacy Council
- ☐ Local public school
- ☐ One-Stop/Workforce Center
- ☐ TEA
- ☐ Court Ordered
- ☐ None

Selective Service:

☐ **A este joven de 18-25 años se le notificó de su obligación de registrarse con el Servicio Militar de los Estados Unidos. También fue notificado cómo registrarse.**
(This 18-25 year old male has been made aware of his obligation to register with the U.S. Selective Service System and has been made aware of how to register. Refer to this website: http://www4.sss.gov/regver/register_nc.asp)

Educación para Adultos de Arkansas provee oportunidades educativas iguales a todos los estudiantes sin importar la raza, color, sexo, religión, origen nacional ancestral o discapacidad.

Ningún individuo discapacitado que califica debería de ninguna otra manera, unicamente por razón de tal discapacidad, ser exluido de participar en, se le nieguen los beneficios por o estar sujeto a discriminación en programas o actividades patrocinadas por una entidad pública.

☐ **Doy permiso para que la información recogida en el sistema de Reporte de Educación para Adultos de Arkansas sea usada en intercambio de datos dentro del Departamento de Educación Vocacional/División de Educación para Adultos y con el Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral de Arkansas y con el Departamento de Educación Superior de Arkansas.**
(I give permission for the information collected in the Arkansas Adult Education Reporting Information System to be used in data sharing within the Arkansas Department of Career Education/Adult Education Division, and with the Arkansas Department of Workforce Services and the Arkansas Department of Higher Education.)

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____
(Student Signature) (Date)

Para Uso Oficial Unicamente (For Office Use Only**)** **Do Not Omit Any Data from these Forms**
Intake Hours: _____ **Intake Person:** _____ **Date:** _____
Data Entry Person:_____

STATUS NEEDS

Esta página no estará asociada con el estudiante.

(This page will not be associated with the student)

No escriba ninguna información que identifique al estudiante.

(Don't write the student's name of any other identifying information on this page)

Por favor, escoja todos los que aplican:

(Please check all that apply)

Discapacitado ☐
Physical Disability

Discapacidad de aprendizaje ☐
Learning Disability

Asistencia Pública ☐
On Public Assistance

Sueldo bajo ☐
Low Income

Madre soltera o viuda trabajando sin experiencia ☐
Displaced Homemaker
Este termino se refiere a un individuo que ha estado proveyendo servicios sin pago a miembros de la família en el hogar y que (A) ha dependido del sueldo de otro miembro de la familia pero que no es mantenido por este; y (B) esta desempleado o tiene un empleo inferior y que está experimentando dificultades para obtener o mejorar su trabajo.

Padre o Madre Soltero(a) ☐
Single Parent

Trabajador en Suspensión Temporal ☐
Dislocated Worker
''Trabajador en Suspensión Temporal'' es un indiviuo que ha sido despedido definitiva o temporalmente o que ha recibido un aviso de termino de suspensión temporal de su empleo.

After data entry, separate this sheet from Intake Form and file in confidential folder

Autorización de Uso de Información Confidencial y/o Académica
Release of Confidential and/or Academic Information

Yo, _____, autorizo al
(*Nombre del Estudiante*)

_____ para que use mi nombre y/o mi
(*Nombre del Programa*)

fotografía de las siguientes maneras:

(*Si usted está de acuerdo por favor ponga sus iniciales*)

_____ Graduación, Contacto por correo, Programas, noticias, y/o folletos

_____ Boletín informativo

_____ Televisión

_____ Grabación en video

_____ Fotografía

_____ Radio

_____ Otro _____

_____ Todos los de arriba

Esta autorización es valida desde esta fecha hasta _____ (fecha de cancelación) o hasta que sea cancelada por la persona por escrito. Yo entiendo que mi participación en los exámenes del GED se mantendrá confidencial y no será usada de ninguna otra manera sin mi consentimiento salvo de las formas indicadas arriba. He leído y revisado esta forma de autorización y entiendo su contenido.

_____ _____ _____
(Firma del Estudiante) (Firma del Guardián, si es aplicable) (Fecha)

_____ _____ _____ _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código)