

Año Escolar 2016-2017

Doy permiso a mi hijo(a): _____ Para participar en el programa de Comunidades en las Escuelas
 (Communities In Schools (CIS)) en el distrito de _____ en el año escolar _____ 2016-2017

Al firmar este Consentimiento de Padres/Cede de Información:

1. Doy permiso a mi hijo(a) para que participe en el programa. Los servicios pueden incluir, pero no están limitados a la orientación o consejería, apoyo educacional, tutoría, mentoreo, actividades de enriquecimiento, administración de pruebas, y referencias a otras agencias cuando sean necesarias.
2. Doy permiso a mi hijo(a) para que participe en excursiones y otras actividades patrocinadas por CIS. El transporte privado puede ser utilizado en estas u otras actividades.
3. Doy permiso para que se provee tratamiento médico o dental rutinario o de emergencia, por un médico licenciado, en caso de enfermedad o accidente si no pueden ponerse en contacto conmigo.
4. Reconozco que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento al informar al personal de CIS, por escrito, excepto el consentimiento anterior que seguirá vigente si las agencias ya han tomado acciones al depender en el.
5. Reconozco que los récords e informaciones cedidas bajo este consentimiento se mantendrán en confidencia a la extensión de la ley y serán utilizados sólo para el propósito indicado.
6. Reconozco que la cede de récords bajo este consentimiento está sujeta a cualquier limitación puesta por la ley federal y estatal.
7. Entiendo que los datos e información colectada de mi hijo(a) es mantenida en una base de datos segura en computadora y en archivo de casos. Esta información es utilizada por CIS para documentar servicios proveídos a los estudiantes y familias con el propósito de llevar la cuenta y reportarlo. También entiendo que CIS puede usar la información para actualizar la información de servicios, proveer información de clausura o seguimiento, y evaluar y determinar la efectividad del programa. Autorizo a CIS para que mantenga la información proveída para los propósitos notados arriba en la base de datos en computadora y archivo de casos.
8. Reconozco que este consentimiento permite la cede de datos por un año. Los datos de este año pueden ser retenidos hasta cinco años y pueden ser compartidos después de ese año para propósitos de evaluación o para proveer servicios que ayudarán a mi hijo(a).
9. Reconozco que los récords que sean cedidos con respecto al estudiante pueden también contener referencias a otras personas como los miembros de la familia del estudiante.
10. Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar y que puedo obtener una copia de cualquier récord cedido para este contenido al pedirlo por escrito a la agencia que cedió los datos, sujeto a cualquier costo de copias y limitaciones legales.
11. Reconozco que CIS puede proveer y obtener la siguiente informacion de la escuela y Texas Education Agency para poder proveer servicios que ayudaran a mi hijo/a y para propósitos de evaluacion. Informacion coleccionada de o proporcionada a la escuela y Texas Education Agency pueden incluir: calificaciones, records de asistencia, calificaciones de los exámenes estatales, referencias de disciplina, alimentos gratis/reducidos, informacion relacionada a la salud, y, Otro:

Ademas, CIS puede proveer y obtener la informacion de arriba a las siguientes agencias locales:

12. SI NO _____, una agencia local,
 SI NO _____, una agencia local.

13. SI NO CIS puede usar fotografia o video foto(s) de mi hijo(a) para propósitos del programa.

¿Califica mi hijo(a) para alimentos gratis/reducido? SI NO

¿Está recibiendo mi familia asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)? SI NO

¿Tiene mi hijo(a) cobertura de seguro médico? SI NO

Mi firma abajo autoriza a CIS para que provea el tipo de información arriba relacionada a mi estudiante a Texas Education Agency y a las agencias autorizadas en este permiso (al pedirlo) y autoriza a CIS para obtener información del distrito escolar.

Eximo a CIS y sus empleados, voluntarios, y/o agentes de toda responsabilidad en caso de accidentes, heridas, o enfermedades que puedan ocurrir a mi hijo(a) durante su participación en el programa.

Mi hijo(a) y yo entendemos que estamos voluntariamente participando en el programa de Comunidades en las Escuelas.

Nombre de Padre/Guardián (Letra molde): _____ **Email:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____

Condado: _____ **Estado:** Texas **Zip:** _____

Números de teléfono: (Hogar) _____ **(Trabajo)** _____

Número de teléfono en caso de emergencia: _____ **(Celular)** _____

Padre/Guardián (Firma): _____ **Fecha:** _____

(Firma debe de ser en tinta)

Firma de representante de CIS: _____ **Fecha que fue recibido:** _____

(Firma debe de ser en tinta)