

Nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO	Teléfono:		Mejor forma de contacto: (marque todas las que procedan)		
	Correo electrónico:		<input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
	Domicilio:				
	Ciudad:				
	Edad:		Código postal (obligatorio):		
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	Género:		Pronombre preferido:		Raza: <input type="checkbox"/> Alaska Nativos/ Indios Americanas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Agénero o género no conforme		_____		
	Por favor, rellene la opción que mejor describa su situación: <input type="checkbox"/> Actualmente estoy asistiendo _____ escuela. (escriba el nombre) <input type="checkbox"/> No estoy en la escuela, asistí por última vez _____ escuela en _____ (año)				
EDUCACIÓN	¿Cuál es el último grado al que asististe? 7 th 8 th 9 th 10 th 11 th 12 th Algo de universidad				
	¿Qué barreras te enfrentas para acceder a la educación/ empleo? (marque todo lo que corresponda)			Credencial más alta obtenida, si la hubiera: GED HS Diploma AA BA	
<input type="checkbox"/> Abandonó la escuela <input type="checkbox"/> Habilidad limitada en inglés <input type="checkbox"/> Problemas de salud/salud mental <input type="checkbox"/> Alcohol/Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Atrasado en créditos <input type="checkbox"/> Discapacidad (Aprendizaje o Físico) <input type="checkbox"/> Involucrada Pandilla <input type="checkbox"/> Personas sin hogar <input type="checkbox"/> Sistema de Justicia/Tribunales <input type="checkbox"/> Refugiado o Inmigrante <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Embarazadas/Crianza <input type="checkbox"/> Otros (por favor, explique) _____ <input type="checkbox"/>					
¿Estás trabajando?		Sí		No	
¿Estás buscando trabajo?		Sí		No	
Si buscas trabajo, marca todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Prácticas					

¿CÓMO TE ENTERASTE DEL PROGRAMA?	<input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Eventos <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Horario de oficina <input type="checkbox"/> Otros Medios Puerta a Puerta <input type="checkbox"/> Sistemas de justicia juvenil/Tribunales <input type="checkbox"/> Ausentismo/Coordinadora de BECCA <input type="checkbox"/> Socia de re-engagement/programa Otros: <i>(por favor explique)</i> : _____

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir información y recursos relacionados con la educación y el empleo. Autorizo el intercambio de información entre el Departamento de Recursos de Empleo y Educación del Condado de King y cualquier distrito escolar, escuela, centro de reenganche, capacitación laboral o programa postsecundario en el que me haya inscrito o en el que desee inscribirme. Doy permiso a Recursos de Empleo y Educación del Condado de King para el uso de mi nombre e imagen en exhibiciones públicas o comunicados de prensa con el fin de crear conciencia en la comunidad y promover Reconnect to Opportunity.

Firma : _____ Fecha: _____

Nombre y firma del padre/tutor (si es menor de 18 años):

_____ Fecha: _____