



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County (Comunidades en las Escuelas de Georgia en Marietta/Condados de Cobb) es un afiliado de la red nacional de Communities In Schools. La misión de Communities In Schools es rodear a los estudiantes con una comunidad de apoyo, animándolos a permanecer en la escuela y lograr en la vida. Estamos comprometidos a ayudar a los estudiantes a lograr el éxito en la escuela, proporcionando diversos servicios de apoyo y experiencias de enriquecimiento para satisfacer las necesidades académicas y no académicas. Como resultado, nuestros jóvenes estarán mejor equipados para encontrar un empleo significativo, llevar vidas gratificantes y productivas, y convertirse en miembros productivos de nuestra sociedad.

Queridos Padres/Tutores Legales:

Su hijo/a, _____ ha sido referido/a a Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County. Mi nombre es **Crystal Norwood** seré su punto de contacto para cualquier pregunta que tenga sobre los servicios y referidos de Communities In Schools. Mi número de contacto es 770-437-5900 ext. 1206.

Se requiere su consentimiento para la participación en general de su hijo en los programas y referidos de servicios de Communities In Schools. Por favor complete lo siguiente:

Doy permiso para que mi hijo/a, _____, a participar en Communities In Schools of Georgia in **MARIETTA/COBB COUNTY** en **COBB COUNTY SCHOOL DISTRICT** mientras que él/ella esté matriculado en **COBB COUNTY SCHOOL DISTRICT** o hasta que notifique a Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County, por escrito, con el deseo de retirar al estudiante de los servicios de Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County.

Al firmar este Consentimiento de los Padres/Divulgación de información, autorizo lo siguiente:

- Doy permiso para que mi hijo/a participe en el programa. Los servicios pueden incluir, pero no se limitan al guía/consejería de apoyo, apoyo educativo, tutoría, orientación, actividades de enriquecimiento, pruebas, y referencias a otras agencias como sea necesario.
- Doy permiso para que el personal de Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County sirva a mi hijo en la escuela, en lugares fuera de la escuela para actividades relevantes patrocinadas por Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County, y en casa si la escuela está cerrada. Doy permiso para que el personal de Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County se comunique con mi hijo por teléfono, aplicación o en línea a través de métodos aprobados por el distrito escolar Cobb County.
- Doy permiso para que mi hijo participe en excursiones y otras actividades patrocinadas por Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County. El transporte privado se puede utilizar en estas y otras actividades.
- Doy permiso para proveer tratamiento rutinario o de emergencia médica o dental por cualquier médico profesional con licencia en caso de enfermedad o accidente, si no pueden ponerse en contacto conmigo. Además declaro que no voy a contener a Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County, Cobb County School District (Distrito Escolar del Condado de Cobb), o cualquier otro lugar de trabajo, organización o agencia autorizada responsable de recibir tratamiento médico en caso de enfermedad, accidente o cualquier otra situación de emergencia.
- Reconozco que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento al informar al personal de Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County, por escrito, salvo que el consentimiento previo seguirá vigente si las agencias ya han tomado acciones al depender en este.
- Reconozco que el permiso de suministrar registros bajo este consentimiento está sujeto a las limitaciones establecidas por la ley federal y estatal.
- Entiendo que los datos e información colectados de su niño/a se mantienen en una base de datos segura y en un archivo. Esta información es utilizada por Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County para documentar los servicios prestados a los estudiantes y sus familias para fines de seguimiento y elaboración de informes. También entiendo que Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County puede utilizar la información para actualizar la información del servicio, proporcionar clausura o seguimiento de la información, y evaluar y determinar la eficacia del programa. Entiendo que los datos se compartirán con los evaluadores de la oficina estatal de CIS a los efectos de evaluar la eficacia del programa y de informar a las agencias otorgantes. Autorizo a CIS para que mantenga la información proporcionada para los propósitos notados arriba en la base de datos computarizados de Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County y archivo de casos.

Esta colección de datos puede incluir, pero no se limita a lo siguiente:

- a. Un estado de inscripción
 - b. Asistencia
 - c. Registros de comportamiento
 - d. La información demográfica (raza/etnia, sexo, etc.)
 - e. Los boletines de calificaciones, resultados de exámenes y certificado de estudios
 - f. Encuestas y/o entrevistas sobre su/sus conocimientos, actitudes o habilidades.
- Entiendo que esta información es confidencial y que solo el personal, voluntarios o agentes aprobados de Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County, incluido el departamento de evaluación de CIS of Georgia, tendrán acceso y verán los datos de mi hijo/a, y junto con administradores de datos designados en la oficina nacional de CIS (Communities In Schools, Inc.) que tienen permiso para administrar el sistema de administración de datos de toda la red.
 - También entiendo que las respuestas de mi hijo/a se agruparán automáticamente junto con las respuestas de otros estudiantes para las presentaciones públicas de los resultados, y que mi hijo/a no se vinculará individualmente a sus respuestas.
 - Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar y que puedo obtener una copia de cualquier documento publicado por este consentimiento a petición por escrito a la agencia que provea la información, sujeto a cualquier costo de copias y limitaciones legales.
 - Doy mi permiso a Communities In Schools of Georgia in Marietta/Cobb County de fotografiar, filmar, hacer videos y/o hacer grabaciones de sonido de mi hijo/a, para citar o publicar las declaraciones de mi hijo/ y para utilizar tales fotografías, películas, videos, grabaciones de sonido y/u declaraciones para uso educativo y promocional/material publicitario.
 - Para un mayor desarrollo académico, personal y profesional de mi hijo/a, voy a participar en por lo menos dos reuniones de padres con el equipo por año para discutir el progreso de mi hijo/a (ya sea a través de una visita domiciliaria o una visita a la escuela).
 - Si su hijo actualmente recibe servicios a través de Medicaid, él / ella puede ser elegible para servicios y apoyos adicionales a través de una referencia a través de Communities In Schools de Georgia en Marietta/Condados de Cobb. Si su hijo está inscripto en Medicaid y desea que Communities In Schools de Georgia en Marietta/Condados de Cobb lo refiera a apoyos adicionales a través de su proveedor de Medicaid, indique cuál de las siguientes organizaciones de administración de atención de Medicaid (CMO) es su proveedor:

Amerigroup

WellCare

Peach state Health Plan

CareSource

No sé quién es mi proveedor

No inscrito en Medicaid

Nombre del Padre o Tutor Legal (Impreso)

Firma

Fecha

Teléfono de la casa

Teléfono del trabajo

Teléfono celular/móvil

Correo electrónico