



**LEXINGTON ONE ADULT EDUCATION
ADULT EDUCATION REGISTRATION FORM
FORMULARIO DE REGISTRO DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS
2020-2021**

For Program Use Only
Solo para el Uso del Programa
Date/Fecha: _____
State ID/ID Estatal _____
PS Withdrawal Cd/Cd de la retirada de PS _____

RCLC ESL PROGRAM

Site/Sitio: Morning Face to Face Morning Virtual Evening Face to Face Evening Virtual

Last Name & Suffix/Apellido(s) & Sufijo Gutierrez		First Name/Nombre Maria		Middle/Maiden Name Segundo nombre/Apellido de Soltera D	Preferred Name/Nombre Preferido Maria
Mailing Address/Dirección Postal 165 Maplewood Dr					
City/Ciudad Lexington			State/Estado SC	Zip/Código Postal 29073	County or School District of Residence/Condado o distrito escolar en que vive Lexington 1
Home Phone/ Teléfono de casa		Cell Phone/Teléfono celular 8034292312		Work Phone/ Teléfono del trabajo	
Email/Correo electrónico Maryrios88@hotmail.com		Date of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 08/18/2020		Age/Edad 32	Gender (M/F)/ Género F

Ethnicity: Please check the "YES" or "NO" box on the line below to indicate ethnicity.
Identidad étnica: Favor de marcar la casilla "SÍ" o "NO" en la línea debajo para indicar identidad étnica.
(Definition: A Hispanic/Latino individual is a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American or other Spanish culture/origin, regardless of race.) - (Definición: Un(a) hispanico (a)/latino(a) es un individuo de la cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, o centroamericano, u otra cultura y origen Español/sin importar su raza)

Yes, I am Hispanic/Latino Sí, soy hispanico (a)/latino(a) No, I am not Hispanic/Latino No, no soy hispanico(a)/latino(a)

Race: Check one or more boxes below to indicate your race. / Raza: para indicar su raza marque una o más casillas debajo

American Indian or Alaskan Native/ Indio Americano o nativo(a) de Alaska Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ hawaiano(a) nativo(a) u otro(a) isleño(a) Pacífico

Black or African American/Negro(a) o Afroamericano(a) Asian/asiático(a) White/blanco(a)

Employment Status: Check only one box below to indicate employment status
Situación Laboral: para indicar su situación laboral marque una sola casilla debajo

Employed but pending separation incl. Military / Empleado(a) pero con separación pendiente incluso militar Unemployed and looking for work/ Desempleado(a) y buscando trabajo Retired Jubilado(a)

Unavailable for work / No disponible para trabajo Unemployed but not looking for work / Desempleado(a) pero no busca trabajo Employed Full or Part-time / Empleado(a) tiempo completo o tiempo parcial

Education Level Completed (Check one)/Nivel de educación más alto que ha llegado (Marque una):

No Schooling/Sin escolaridad K-12/Kínder - 12 Grade/Grado _____ High School Equivalency Diploma/Diploma de equivalencia al bachillerato

High School Diploma/Diploma de Bachillerato Some College education (no degree)/Un poco de universidad (sin título) College or Professional Degree/Licenciado de una universidad o profesional

Location of Education: U.S. Schools? / Ubicación de education: escuela de los EE.UU. Yes/Sí No/No

Name of Last High School Attended: / Nombre de la última escuela que asistió: **Gilbert high school**

Have you attended adult education before? If Yes, where? / ¿Ha asistido usted a educación para adultos antes? Si contesto sí, ¿dónde? _____ When? / ¿Cuándo? _____

If you are between ages 17-21, are you currently expelled from school? / Si usted tiene la edad entre 17-21, ¿está expulsado(a) de la escuela en este momento? Yes/Sí No/No

Do you receive Public Assistance? / ¿Recibe usted Beneficios públicos? Yes /Sí No/No

Please circle which type: SNAP TANF WIOA Other/ Favor de circular cuál recibe : SNAP TANF WIOA Otro:

Your signature below indicates the following: All information provided on this form is accurate to the best of your knowledge AND you understand and agree to the Program Rules, Dress Code & Internet Policy. Su firma debajo indica lo siguiente: Toda la información proporcionada en este formulario es correcta al mejor de su conocimiento y entender Y usted comprende y está de acuerdo con las reglas del Programa, código de vestimenta & política del internet.

Student Signature/Firma del(a) estudiante: Maria **Maria Gutierrez (Aug 18, 2020 15:33 EDT)** Date/Fecha: 08/18/2020



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
(AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN)

I give permission for the release of my employment, participation in SNAP2Work program, and post - secondary school information by the following agencies to the South Carolina Department of Education (SCDE): I understand that my social security number will be used by the SCDE, the S.C. Dept. of Employment and Workforce, S.C. Dept. of Social Services and select post-secondary institutions for data matching purposes. My social security number will not be released to any other third party.

(Doy permiso para la divulgación de mi empleo, la participación en el programa de SNAP2Work y la información de la escuela post-secundaria por las siguientes agencias al Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE): Entiendo que mi número de seguro social será usado por el SCDE, Departamento de Empleo y Fuerza Laboral de Carolina del Sur, Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur e instituciones post-secundarias elegidas para la comparación de los datos. Mi número de seguro social no se dará a conocer a ningún tercero).

Yes (Si)	No (No)	Data Match Agency: (Agencia de comparación de datos).
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	S.C. Dept. of Employment and Workforce (Dpto. de Empleo y Fuerza Laboral de Carolina del Sur) P. O. Box 995, 1550 Gadsden St. Columbia, SC 29202 Phone No (Número telefónico) (803) 737-2588 Fax No (Número de Fax) (803) 737-0140
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Post-Secondary Institutions (to include but not limited to): S.C. Technical Colleges; Instituciones Post-Secundarias (incluyendo pero no limitado a): Escuelas Tecnológicas de Carolina del Sur

I give permission to the Adult Education program listed above to release my academic, attendance, and/or assessment information (including High School Equivalency Diploma Test Scores) to the following: Doy permiso al programa de Educación para Adultos mencionado en la parte superior para la divulgación académica, asistencia y / o información de la evaluación (incluyendo el puntaje del Diploma de Equivalencia de la Secundaria) a las siguientes entidades:

Yes (Si)	No (No)	Release To: Liberar a:
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Military Recruiters (Reclutadores Militares)
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Potential Employers (Empleadores Potenciales)
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parent/Guardian (Padre/Tutor)
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Other (Otro):

Student's Name Printed
(Nombre impreso del estudiante)

Social Security or Individual Taxpayer Identification Number (ITIN):
(Número de Seguro Social o Número de Identificación del Contribuyente (ITIN))

Student's Signature :
(Firma del Estudiante):

Maria Gutierrez
 Maria Gutierrez (Aug 18, 2020 15:33 EDT)

Signature of Student (Firma del Estudiante)

08/18/2020

Date (Fecha)

This page for permanent folder only – DO NOT COPY for teacher or student folder
(Esta página sólo se utilizara para la carpeta permanente - NO HACER COPIA para el profesor o la carpeta del estudiante)

Evaluación de las Barreras en la Educación para Adultos

Apellido Gutierrez

Nombre María

Por favor leer cada oración y escriba un al lado del número de todas las preguntas que le apliquen.

1.	<input checked="" type="checkbox"/>	Necesito mejorar mi nivel académico (lectura, escritura o matemáticas).
2.	<input checked="" type="checkbox"/>	No tengo diploma de preparatoria o bachillerato.
3.	<input type="checkbox"/>	No me siento parte de la cultura o de la sociedad americana en general.
4.	<input type="checkbox"/>	Siento que mis creencias, religión u otro estilo de vida me limitan para encontrar trabajo.
5.	<input type="checkbox"/>	Tengo una discapacidad física.
6.	<input type="checkbox"/>	He sido diagnosticado o creo tener dificultades para el aprendizaje.
7.	<input type="checkbox"/>	Tengo problemas de salud emocional o mental
8.	<input type="checkbox"/>	Perdí mi último trabajo por reducción de personal, falta de trabajo o cierre del local.
9.	<input type="checkbox"/>	Fui despedido de mi último trabajo por una razón diferente a las mencionadas anteriormente.
10.	<input type="checkbox"/>	Hasta ahora he dependido del sueldo de otra persona y ahora necesito conseguir mi propio trabajo.
11.	<input type="checkbox"/>	Me es difícil mantenerme con mi sueldo.
12.	<input checked="" type="checkbox"/>	No hablo fluidamente inglés.
13.	<input type="checkbox"/>	Tengo un record policial.
14.	<input type="checkbox"/>	Estoy bajo fianza.
15.	<input type="checkbox"/>	Estoy recibiendo o he recibido TANF(asistencia para familias necesitadas) en los últimos 6 meses.
16.	<input type="checkbox"/>	Estoy bajo el cuidado de una familia adoptiva/temporal o he sido recientemente "dado de alta" por mi edad.
17.	<input type="checkbox"/>	Estoy viviendo con un miembro de mi familia o con un amigo, no tengo un lugar permanente para vivir.
18.	<input type="checkbox"/>	He estado desempleado por más de 6 meses.
19.	<input checked="" type="checkbox"/>	No leo bien el inglés.
20.	<input type="checkbox"/>	Mi familia y/o yo acostumbramos viajar y mudarnos a donde haya trabajos de siembra/cosecha.
21.	<input type="checkbox"/>	Mi familia y/o yo trabajamos en campos de siembra por temporadas.
22.	<input type="checkbox"/>	Mis hijos y/o yo tenemos el seguro Medicaid.
23.	<input type="checkbox"/>	Estoy recibiendo o he recibido en los últimos 6 meses beneficios de SNAP (estampillas de comida).
24.	<input type="checkbox"/>	Estoy recibiendo o he recibido en los últimos 6 meses beneficios de WIC para mí o mis hijos.
25.	<input type="checkbox"/>	Vivo en casas públicas (del estado) o recibo ayuda para la renta.
26.	<input type="checkbox"/>	Recibo beneficios del seguro social para mí o mis hijos.
27.	<input type="checkbox"/>	Soy soltero, separado, divorciado o viudo con la custodia principal de niños menores de 18 años.
28.	<input type="checkbox"/>	Estoy recibiendo servicios de Rehabilitación Vocacional de Carolina del Sur.
29.	<input type="checkbox"/>	Estoy recibiendo beneficios por desempleo.
30.	<input type="checkbox"/>	No tengo licencia de conducir.
31.	<input type="checkbox"/>	No tengo certificado o partida de nacimiento.
32.	<input type="checkbox"/>	No tengo tarjeta de seguro social.
33.	<input type="checkbox"/>	No siempre tengo un medio de transporte cuando lo necesito.
34.	<input type="checkbox"/>	No siempre tengo ayuda para el cuidado de mis niños.
35.	<input type="checkbox"/>	Estoy cuidando a un familiar o amigo enfermo o con discapacidad.
36.	<input type="checkbox"/>	Tengo un horario de trabajo difícil (muchas horas, horarios complicados, diferentes turnos, etc.).
37.	<input type="checkbox"/>	Me he mudado seguido de casa o ciudad.
38.	<input type="checkbox"/>	Estoy recibiendo ayuda a través de SC Works (One-Stop)

Lexington County School District One Adult Education
2020-2021

List two individuals to contact in case of an EMERGENCY:

- | | | | |
|----|-------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. | <u>José Gutierrez</u>
Name | <u>Husband</u>
Relationship to you | <u>8035284981</u>
Phone Number |
| 2. | <u>Juan rios</u>
Name | <u>Father</u>
Relationship to you | <u>+1 (803) 457-6037</u>
Phone Number |

List, if applicable, medical conditions and medications (include any directions):

Non

If unable to contact relatives or neighbors in case of emergency, I give my permission to be transported by ambulance to a medical facility.

Student signature:  Date: 08/18/2020
Maria Gutierrez (Aug 18, 2020 15:33 EDT)