



Formato de Inscripción para NEW Scholars del 2017-2018

NEW Scholars, es un programa de Scholarships, Inc. que apoya a los estudiantes del área en su camino a la Universidad.

NEW Scholars es un programa piloto creado para inspirar el crecimiento y el deseo de los estudiantes de secundaria de prepararse para obtener becas y asistir a una universidad.

Criterio de participación

- Los participantes deberán ser estudiantes del quinto grado que vayan a asistir a las escuelas secundarias Edison/Washington o actualmente ser estudiantes de tales escuelas.
- La familia del estudiante tendrá que clasificarse como receptora del programa escolar de comidas gratis o a costo reducido.
- Que ninguno de los padres del estudiante haya recibido un título universitario o de escuela técnica superior.

Criterio de requisitos

- Estudiantes quienes estén dispuestos a aprender habilidades de preparación para la universidad.
- Estudiantes con asistencia consistente a la escuela y sin reportes de infracción de conducta.
- Estudiantes con motivación para aprender y lograr el éxito (se requiere una copia de su reporte de calificaciones).

Reglas de participación

- Asistir a la academia de verano durante una semana en el mes de agosto (de 9:00 AM a 3:00 PM).
- Asistencia consistente al programa vespertino durante el curso escolar (de 3:00 PM a 6:00 PM, un día por semana). Se ofrece transporte al Centro Comunitario Kroc.
- Asistencia a las reuniones para padres de familia/guardianes legales un sábado al mes.

Beneficios del programa

- Los estudiantes aprenderán los pasos más importantes para tener éxito en la escuela, entrar a la universidad y saber los sobre recursos disponibles para pagar el costo de la universidad futura.
- Los estudiantes seleccionados tendrán la oportunidad de asistir a talleres divertidos, servicios voluntarios a la comunidad, visitar universidades en Wisconsin y asistir a paseos divertidos.
- Los estudiantes recibirán una beca de hasta \$5,000 dólares basada en su participación y compromiso demostrado al programa.

Normas no-discriminatorias. Scholarships, Inc. no discrimina ni discriminará en fundamentos de ninguna clasificación protegida como, sin limitarse a, raza, color, religión (credo), género, expresión de género, edad, nacionalidad (linaje), discapacidad, estatus marital, preferencia sexual, o servicio militar o sus actividades u operaciones. Dichas actividades u operaciones incluyen pero no se limitan al empleo o despido de personal, selección de voluntarios o comerciantes, publicidad de becas disponibles, selección de receptores de beca y o el ofrecimiento de servicios relacionados. Scholarships, Inc. se compromete a proveer un ambiente en el cual todo nuestro personal, voluntarios, proveedores, estudiantes a inscribirse y aquellos que reciben becas se sientan bienvenidos.

La aplicacion debe llevar una copia de las calificaciones del estudiante.

**La inscripción completa tendrá que ser enviada a la oficina de Scholarships, Inc. a la dirección
2301 Riverside Drive, Green Bay, WI 54301.**

Información del estudiante
(Escriba legiblemente)

Nombre completo del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: (día) _____ (mes) _____ (año) _____ **Hombre** **Mujer**

Domicilio del estudiante: _____
Número y calle Ciudad Estado Código Postal

Telefónico de casa: _____ **Escuela primaria:** _____

Escuela secundaria a la que asistirá Edison Washington

Información del padre/ guardián legal

Padre/Guardián #1

Nombre _____

Domicilio _____

Número(s) de teléfono celular _____ De casa _____

Dirección de correo electrónico _____

Nivel más alto de educación Secundaria (grados 6-8) Preparatoria (grados 9-12)
 Parte de la universidad Universidad terminada

Padre/Guardián #2

Nombre _____

Domicilio _____

Número(s) de teléfono celular _____ De casa _____

Dirección de correo electrónico _____

Nivel más alto de educación Secundaria (grados 6-8) Preparatoria (grados 9-12)
 Parte de la universidad Universidad terminada

Por lo menos un padre/guardián legal u otro adulto de su familia asistirá a las reuniones de padres un sábado de cada mes. Sí No

¿Planea su familia quedarse a vivir en Green Bay durante los próximos 3 años? Sí No

¿Recibe asistencia de almuerzos gratis o de costo reducido en la escuela de su hijo(a)? Sí No

¿Toma su estudiante clases de inglés como segundo idioma? Sí No

Idioma principal, si no es inglés: _____

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____



Ensayo del estudiante

La respuesta a esta pregunta será tu primer ensayo para NEW Scholars. Por favor, planea tu respuesta, léela antes de entregarla y asegúrate que sea tu mejor producto.

¿Qué quieres ser cuando seas mayor y por qué? ¿Cómo te ayudaría NEW Scholars a lograr esa meta?

Respuestas cortas del Padre del familia/Guardián

Comparta con nosotros algunos de los logros de su hijo(a) fuera de la escuela; por ejemplo, su participación en grupos de arte, música, deportes u otras actividades.

¿Por qué desea usted que su hijo(a) participe en NEW Scholars? Además de asegurar la asistencia de su hijo(a) a las sesiones semanales, comparta un ejemplo de cómo le apoyará a su hijo(a) durante su participación en el programa.

Entiendo que si mi hijo(a) es seleccionado para ser parte del programa NEW Scholars, se le requerirá asistir a sesiones semanales con otros estudiantes del grupo y que como padre de familia se requerirá que yo asista a juntas mensuales con otros padres del programa NEW Scholars.

Firma del padre de familia: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN PARA HACER DISPONIBLES LOS ARCHIVOS E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN



Nombre de alumno:	
Fecha de nacimiento:	

Yo doy mi consentimiento para que el Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay revele los archivos estudiantiles y/o intercambie información verbalmente y/o por escrito tal como se especifica a continuación en conformidad con el Wis. Stat. § 118.125 y con el Acta de Derechos de la Familia a la Educación y de Privacidad (34 C.F.R. 99.30). Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario.

Nombre de la agencia a quien se le revelará la información:			
Persona de contacto (si aplica):			
Dirección:			
Teléfono:		Fax:	
Objetivo de revelar la información:			
Yo autorizo los siguientes métodos para revelar e intercambiar los archivos de información estudiantil (marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Documentos por escrito	<input type="checkbox"/> Intercambio verbal	

La información específica para ser revelada y/o intercambiada es (marque todos los que apliquen):

<input type="checkbox"/> Archivos de Progreso (incluyendo calificaciones, resultados de exámenes, vacunas, cursos tomados y actividades co-curriculares) <input type="checkbox"/> Archivos de Comportamiento (incluyendo resultados de exámenes, archivos disciplinarios, archivos de Alumnos del Lenguaje Inglés(ELL) , plan 504, resultados de evaluaciones psicológicas, archivos del educación especial) <input type="checkbox"/> Archivos de la Salud del Estudiante (incluyendo reportes de accidentes/ lesiones, archivos de evaluaciones de salud, planes de salud individual, evaluación de visión, la tarjeta física)	Archivos de Salud del Paciente (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Archivos Generales de Salud <input type="checkbox"/> Archivos de Salud Mental <input type="checkbox"/> Archivos de abuso de Alcohol/Drogas <input type="checkbox"/> Archivos de HIV (SIDA) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <hr style="border: 1px solid black;"/> Revelación de Educación Especial: <input type="checkbox"/> Programas de Educación Individual (IEPs) <input type="checkbox"/> Participación en las reuniones del Programa de Educación Individualizada (IEP)	Otros (marque todos los que apliquen o especifique): <input type="checkbox"/> Archivos de asistencia <input type="checkbox"/> Registro de Calificaciones <input type="checkbox"/> Matrículas <input type="checkbox"/> Archivos Psicológicos <input type="checkbox"/> Archivos de Agencias (tal como: Dept. de Niños y Familias o archivos policiales) <input type="checkbox"/> Comunicación escrita <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <hr/> <hr/> <hr/>
---	---	--

Periodo de tiempo por el que se solicitan los archivos: _____ a _____ o **Toda la matrícula**

Además yo entiendo que:

1. Tengo el derecho a obtener una copia de los archivos que están siendo revelados y el derecho de obtener una copia de esta autorización (puede que se imponga una cuota para las copias de los archivos de educación especial)
2. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida que la divulgación ya se ha hecho a base de esta autorización. Entiendo que mi revocación sólo es efectiva si se hace por escrito y se presenta a la agencia que está revelando la información.
3. Si la información de la salud de mi hijo/a ha sido revelada en virtud de esta autorización, puede que esté sujeta a una nueva divulgación por la persona que recibió la información de salud y puede que no sea protegida bajo la federal.
4. Un proveedor de salud no podrá basar su tratamiento de cuidado de salud, pago o elegibilidad de beneficios de planes de salud a base de si esta autorización sea firmada o no.

Esta autorización está vigente hasta el 15 de septiembre del ciclo escolar subsecuente a menos que sea revocada tal como se describió anteriormente. Una copia de este formulario es efectiva tal como el original. Yo certifico que soy el padre de familia/apoderado legal del estudiante, o que soy el estudiante y de mayor edad, y tengo la autoridad de firmar esta solicitud de divulgación de archivos.

Firma de padres de familia/apoderado legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre escrito: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

(si es de 18 años de edad o mayor /14 años de edad o mayor, si se solicitan los Archivos de Salud Mental)