

AHC Intake Form

IMPORTANT : Please complete all fields. Missing fields will delay the timely processing of intake records.

PROGRAM INTAKE RECORD

Staff completing Intake Form:	
Intake Date (MM / DD / YYYY):	
Enrolling Program:	AHHS
Referral Type:	Colbert Community Williams
Referral type only used for the following BH Programs : 685 CST, 695 CST, 695 ACT	

PROGRAM DISCHARGE RECORD

Reason for Discharge:	Deceased	Moved	No Services recommended	Refused treatment
	Hospitalized	No Service for 3 months	Program Closed	Successful completion
	Need for higher level of care	No Service for 6 months	Referred to another Agency	Unsuccessful completion
	Need for lower level of care	No Service for 12 months	Transferred to another program/Agency	Withdrew / No Show
				Not Known
Discharge Date (MM / DD / YYYY):				

PARTICIPANT INTAKE RECORD

First Name:		M.I.:		Last Name:	
Address:			Apt./Suite#:		
City:			State:		
Zip Code:			Phone (10 digits):		
What Neighborhood do you live in?					
Date of Birth (MM / DD / YYYY):					
Gender:	Female	Transgender Male	Sexual Orientation:	Heterosexual	Lesbian
	Male	Non-Binary		Gay	Bi-Sexual
	Transgender Female	Chose not to respond			Chose not to respond
Languages spoken: <i>(Check all that apply)</i>	English	Spanish	Polish	If other language:	
	Other	Chose not to respond			
Do you have a physical, mental, and/or developmental disability?			Yes	No	Chose not to respond
How much of your household's expenses are you responsible for?			None		More than half
			Less than half		All
			Half		Chose not to respond
Health Coverage: <i>(Check all that apply)</i>	HMO	PPO	None	Chose not to respond	
	Medicaid	Medicare	Other		
Race: <i>(Check all that apply)</i>	African / African American		Latino / Hispanic		Chose not to respond
	Asian / Asian American		Native American / American Indian		
	Caucasian / White		Pacific Islander		
Ethnicity: Specify if Race was Latino / Hispanic <i>(Check all that apply)</i>	Central American		Mexican		Chose not to respond
	Cuban		Puerto Rican		
	Dominican		South American		
Present Domestic Status:	Single (Never married)		Divorced		Chose not to respond
	Married		Separated		
	Domestic Partner		Widowed		

PARTICIPANT INTAKE RECORD *(continued...)*

Religious Affiliation:	Agnostic	Catholic	Jewish	Muslim	Presbyterian
	Atheist	Christian Non-Denominational	Lutheran	Other	Chose not to respond
	Baptist	Don't Know	Methodist	Pentecostal	

Do you have children? **Yes.** Fill in next section regarding children information. **No.** Also no if participant chooses not to respond.

DoB and Gender of children: <ul style="list-style-type: none"> • MM/YYYY is sufficient if they cannot recall exact day. Just default to 1st of the month. • Use options available for participant Gender. 	Child #1	Child #2	Child #3	Child #4	Child #5
	DoB:	DoB:	DoB:	DoB:	DoB:
	Gender:	Gender:	Gender:	Gender:	Gender:
	Child #6	Child #7	Child #8	Child #9	Child #10
	DoB:	DoB:	DoB:	DoB:	DoB:
	Gender:	Gender:	Gender:	Gender:	Gender:

Number of people living in the household? Enter **1** if participant chooses not to respond.

Living Arrangements:	CHA / Subsidized	Homeless	Nursing Facility / SLP
	CILA / Supervised Residential	Homeowner	Rental
	Foster Home	Hotel / Motel	Shelter
	Group Home	IMD / SMHRF	Temporarily staying with friends / family
	Halfway House	Living with parents	Chose not to respond

Date you moved into present address:
 • MM/YYYY is sufficient if they cannot recall exact day. Just default to 1st of the month.

Are you a veteran? Yes No Chose not to respond

Occupational Status:	Day Labor	Part-Time	Unemployed / Looking
	Disabled / Unable to Work	Retired	Unemployed / Not Looking
	Full-Time	Self-Employed	N/A (child)
	Homemaker	Student	Chose not to respond

Individual Source of Income: <i>(Check all that apply)</i>	Employment	Pension
	None	SSI / SS
	Unemployment Security	Chose not to respond

Individual Source of Benefits: <i>(Check all that apply)</i>	Other Public benefit	Chose not to respond
	TANF / LINK card	

Individual Monthly Income: \$ • Enter \$0.00 if participant has "None" or chose not to respond

Household Source of Income: <i>(Check all that apply)</i>	Employment	Pension
	None	SSI / SS
	Unemployment Security	Chose not to respond

Household Source of Benefits: <i>(Check all that apply)</i>	Other Public benefit	Chose not to respond
	TANF / LINK card	

Household Monthly Income: \$ • Enter \$0.00 if participant has "None" or chose not to respond
 • The household income cannot be less than individual income.

Are you currently in school? Yes No Chose not to respond

Highest level of education completed:	N/A (under age 18)	GED	Bachelor's Degree
	8th grade or less	Vocational Certificate	Post Graduate (Masters or Doctorate)
	9th-11th grades	Some college	Chose not to respond
	High School Diploma	Associates Degree	

How did you hear about AHC:	AHC Referral	External Referral	TV/Radio
	AHC Website	Online/Google Search	Word of mouth
	Brochure/Flier/Poster	Social Platforms (Facebook/Twitter)	Chose not to respond

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Full Name:	Phone (10 digits):	Relationship:
-------------------	---------------------------	----------------------

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellidos Legales:		Primer Nombre Legal:	Segundo Nombre Legal (Middle):
Apellido Preferido:		Primer Nombre Preferido:	Segundo Nombre Preferido (Middle):
Fecha de nacimiento:	Edad:	Género Legal (F/M/X/N):	Género Afirmado (F/M/N):
Domicilio:		Apt#:	Chicago, IL
Código Postal:			
Número de teléfono del estudiante:			
Correo electrónico del estudiante:			
Estado civil: Soltera/o Madre o padre soltera/o Casada/o Sep/Div/Viu			
¿Con quién vives?			

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES				
Madre, Padre, Tutor Legal #1	Idioma: Inglés Español Otro _____			
Nombre:	Apellido:			
# de teléfono:	Correo electrónico:			
Domicilio:	Apt#:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Madre, Padre, Tutor Legal #2	Idioma: Inglés Español Otro _____			
Nombre:	Apellido:			
# de teléfono:	Correo electrónico:			
Domicilio:	Apt#:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

CONTACTOS DE EMERGENCIA (debe de tener 25 años o más)			
Nombre:	Edad:	# de teléfono:	Relación:
Nombre:	Edad:	# de teléfono:	Relación:
Nombre:	Edad:	# de teléfono:	Relación:

ESTUDIANTE	Con mi firma, entiendo que un padre/tutor o persona designada en caso de emergencia será contactado e informado sobre una emergencia y una salida anticipada. También entiendo que se comunicarán con ellos siempre que esté inscrito en AHHS, independientemente de mi edad.		
	_____	_____	_____
	Nombre del estudiante	Firma	Fecha

PADRES	Si el estudiante es menor de 18 años, la madre, el padre, o el tutor legal debe de firmar a continuación.		
	_____	_____	_____
	Madre, Padre, Tutor Legal	Firma	Fecha



Formulario de Matrícula Escolar



Por favor escriba con imprenta:

Información sobre el estudiante

NOMBRE DE LA ESCUELA

YCCS - Association House High School

#ID DEL ESTUDIANTE

School Use Only: Prevent duplicate student records. Search in SIS for an existing Student ID before creating a new one.

NIVEL DE GRADO EN EL REGISTRO
(cuando ingresó a CPS)

APELLIDO LEGAL

1ER. NOMBRE LEGAL

SEGUNDO NOMBRE LEGAL

GENERACIÓN
(Jr., etc)

FECHA NACIMIENTO
(mes/día/año)

GÉNERO LEGAL
(F/M/X/N)

*GÉNERO AFIRMADO
(F/M/N)

*1ER NOMBRE AFIRMADO

NOMBRES DE LOS HERMANOS DEL ESTUDIANTE SI
ESTÁN MATRICULADOS EN CPS:

*Opcionales. Para obtener más información sobre género afirmado y nombre afirmado, visite: [Supporting Gender Diversity Toolkit](#)

*SEGUNDO NOMBRE AFIRMADO

*APELLIDO NOMBRE AFIRMADO

Información personal

CERTIFICADO DE
NACIMIENTO ARCHIVADO

S N

TIPO DE VERIFICACIÓN DE NACIMIENTO

*PAÍS DE NACIMIENTO

ESTADO DONDE NACIÓ

CIUDAD DONDE NACIÓ

* Completar si el estudiante no nació en los Estados Unidos (US) o uno de sus Territorios:

FECHA DE LA PRIMERA
MATRICULACIÓN EN CUALQUIER
ESCUELA DE LOS ESTADOS UNIDOS:

AÑOS COMPLETADOS
EN UNA ESCUELA DE
LOS ESTADOS UNIDOS:

School Use Only: Note that "Date of first enrollment in any US School" becomes a required field in SIS if "Birth Country" is not the US or one of its Territories.

Dirección/teléfono del estudiante

DIRECCIÓN FÍSICA (DOMICILIO) (incluya el número de unidad si corresponde)

Ciudad

Estado

Código postal

TELÉFONO DEL DOMICILIO

DIRECCIÓN DE CORREO (incluya el número de unidad si corresponde) (si es diferente al domicilio)

Ciudad

Estado

Código postal

Información incluida

CATEGORÍA FEDERAL ÉTNICA Y DE RAZA: (Enter information into SIS from the Race and Ethnicity Survey form)

ENCUESTA DE IDIOMA DEL HOGAR: (Enter information into SIS from the Home Language Survey form)

CONTACTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL: (Enter information into SIS from the Request for Emergency and Health Information form)

Información de Emergencia/Salud: (Enter information into SIS from the Request for Emergency and Health Information form)

Matriculación

*ESCUELA DESDE LA QUE SE TRANSIERE (si no es una escuela pública, chárter o por contrato de Chicago)

CIUDAD Y ESTADO

*¿SE ENCUENTRA EN REGLA EL ESTUDIANTE?

S N

(Instructions to school: for out-of-state public school or any private school students, a certification of "good standing" should be received from the Parent/Guardian. Refer to CPS Policy 10-0623-P01 for more information.)

ÚLTIMA ESCUELA PÚBLICA, CHÁRTER O POR CONTRATO DE CHICAGO A LA QUE ASISTIÓ

¿ESTÁ RECIBIENDO EL ESTUDIANTE ALGÚN TIPO DE SERVICIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL?

S N

(Instructions to school: if yes, please notify the Case Manager.)

ESTUDIANTE MATRICULADO POR (nombre y relación con letra de imprenta)

Códigos de los Estatus de Matriculación:

- 01 – No escuela previa
- 02 – Escuela Pública de Chicago (incluyendo Chárter/Contrato)
- 03 – Escuela privada de Chicago
- 04 – Escuela pública IL, no Chicago
- 05 – Escuela privada IL, no Chicago
- 06 – Escuela pública US, no Illinois
- 07 – Escuela privada US, no Illinois
- 08 – No en los Estados Unidos

Firma del Padre/Tutor legal

Debe tener una firma original; no se acepta una firma electrónica.

Fecha de la matriculación

<i>School Use Only:</i>	ENROLLMENT STATUS CODE (insert a # from the left)	GRADE LEVEL	HOMEROOM/DIVISION #
-------------------------	---	-------------	---------------------



Formulario de información de emergencia y salud



PADRES Y TUTORES: La escuela debe tener archivada información de emergencia que pueda ser usada para contactarlo. Por favor escriba con letra clara. Cada vez que haya un cambio en esta información, notifíquelo inmediatamente por escrito a la escuela.

NOMBRE DE LA ESCUELA YCCS - Association House High School		#ID ESTUDIANTE	
APELLIDO(S)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DOMICILIO DEL ESTUDIANTE (incluya el número de unidad si corresponde)		Ciudad	Estado
		Código postal	

FECHA DE NACIMIENTO	AULA # 533	TELÉFONO DEL DOMICILIO
---------------------	---------------	------------------------

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CASILLA 1

Llene estas casillas solamente si (1) reflejan la situación actual de vivienda del niño; O (2) si reflejan la situación de vivienda de un joven que no vive con un padre o tutor. (La respuesta ayudará al personal de la escuela con la matriculación y puede hacer que el estudiante reciba servicios adicionales). Señale una caja:

- automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda subestándar u otro lugar público
- hogar compartido
- hotel, motel, parque de caravanas o espacio para acampar
- refugio
- alojamiento transitorio

School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CASILLA 2

¿Existe alguna Orden de Protección u Orden de No Contacto vigente relacionada con este estudiante?

SÍ NO

¿Existe actualmente una orden inhibitoria o orden judicial vinculada a este estudiante?

SÍ NO

School Note: If "SI," follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in *Legal Alert* field and update contact information, as needed, in SIS.

PADRE/TUTOR E INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA: Agregue contactos adicionales en una página adicional, si es necesario.

	PADRE O TUTOR CONTACTO PRIMARIO	PADRE O TUTOR CONTACTO	PADRE O TUTOR CONTACTO
	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS	<input type="checkbox"/> Contacto del DCFS
Nombre y apellidos del contacto			
Relación con el estudiante			
Señale todo lo que corresponda:	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo	<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Recibe correos <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para recogerlo
Dirección del domicilio si es diferente a la del estudiante (incluya el número de unidad si corresponde)			
Teléfono primario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono secundario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Teléfono terciario	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo	<input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de domicilio <input type="checkbox"/> de trabajo
Correo electrónico			
* Idioma para comunicación			
Requiere traductor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

* CPS se comunica por teléfono. Escoja el idioma que se debe usar para comunicarse con usted. Los idiomas disponibles en este momento para comunicaciones masivas son el inglés y el español (nota: otros idiomas según disponibilidad).

Nombre del familiar, vecino amigo de familia o adulto de confianza que puede ser notificado en una emergencia y está autorizado a recoger al estudiante:

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO #
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO		

Nombre del médico de la familia, dirección y teléfono: Autorizo a que llamen a mi médico familiar, si es necesario, en caso de una emergencia: SÍ NO

NOMBRE	DIRECCIÓN DE DOMICILIO (incluya el número de unidad si corresponde)	Ciudad	Estado	Código postal
TELÉFONO #				

SEGURO MÉDICO DEL ESTUDIANTE: (escoja uno de los tres)

- Illinois Medical Card/All Kids: provea el número de ID médica del estudiante (número de 9 dígitos que está en el reverso de la tarjeta)
- No tiene seguro: ¿Está interesado en solicitar la Illinois Medical Card/All Kids? SÍ NO
- Seguro médico privado o proporcionado por el patrono: no se necesita información adicional

NIÑO DE PERSONAL MILITAR (opcional)

Como padre o tutor, ¿es usted miembro de alguna rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿está usted desplegado en servicio activo o espera ser desplegado durante el año escolar? SÍ NO

Firma del padre o Tutor

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.



Home Language Survey 2024-2025

Office of Language and Cultural Education



Complete this Home Language Survey at the student's initial enrollment in a Chicago Public School.

The state requires the district to collect a Home Language Survey for every new student. This information is used to count the students whose families speak a language other than English at home. It also helps to identify the students who need to be assessed for English language proficiency and may be eligible for English Learner services.

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
SCHOOL NAME		
YCCS - Association House High School		
STUDENT ID #	NETWORK	ROOM #
		533

English If the answer to either question is yes, the law requires the school to assess your child's English language proficiency.

1. Is a language other than English spoken in your home? Yes No Which language?

2. Does the student speak a language other than English? Yes No Which language?

Spanish/Español Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí", la ley requiere que la escuela evalúe la competencia de su niño en inglés.

1. ¿Se habla algún otro idioma que no sea inglés en su hogar? Sí (yes) No (no) ¿Cuál idioma?

2. ¿Habla el estudiante algún otro idioma que no sea inglés? Sí (yes) No (no) ¿Cuál idioma?

Chinese / 中文 如果兩個問題中有任何一題的答案為“是”，根據法律要求，學校將評測您子女的英語水平。

英語之外的其他語言? 是的 (yes) 不是 (no) 什么语言?

女是否說英語之外的其他語言? 是的 (yes) 不是 (no) 什么语言?

Arabic / العربية إذا كانت الإجابة على أي من السؤالين نعم، فإن القانون تطلب من المدرسة تقييم إتقان طفلك للغة الإنجليزية.

هل تُستخدم لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية في منزلك؟ لا (no) نعم (yes) اي لغة؟

هل يتحدث الطالب لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية؟ لا (no) نعم (yes) اي لغة؟

Polish/Polski Jeśli udzielił Państwo twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań, przepisy wymagają aby szkoła sprawdziła poziom znajomości języka angielskiego waszego dziecka.

1. Czy mówi się w domu językiem innym niż angielski? Tak (yes) Nie (no) Jakim językiem?

2. Czy uczeń mówi innym językiem niż angielski? Tak (yes) Nie (no) Jakim językiem?

Ukrainian / Українська Якщо ви відповіли «Так» на будь-яке з цих запитань, школа буде зобов'язана за законом оцінити рівень володіння вашою дитиною англійською мовою.

1. Чи розмовляєте Ви вдома іншою мовою окрім англійської? Так (yes) Ні (no) Якою мовою?

2. Чи розмовляє Ваша дитина іншою мовою окрім англійської? Так (yes) Ні (no) Якою мовою?

Signature of School Official	Date	Parent/Guardian Signature	Date
		<i>Must have an original signature; an electronic signature is not acceptable</i>	

OFFICE USE ONLY

Please make sure both questions are answered completely and that the parents/guardians sign and date the form.

If the language spoken by the parent/guardian is not included on either page of this form, please visit the OLCE Employee Intranet Page, Forms, and click on "Home Language Survey in Additional Languages" which will take you to ISBE's HLS page.

If the parent/guardian does not speak English and the school does not have staff who speaks the parent/guardian's language, identify the language spoken by the parent/guardian through any assistance available in the school, i.e. using interpretation services from a vendor.

ASPEN REGISTRATION PROCESS

All five fields have to be entered on Aspen: date, answer to question 1, Home language, answer to question 2, and Native language.

When a language other than English is reported for only one of the questions on the form, that Non-English language has to be listed as both Home and Native Language in Aspen.

If there are two different languages other than English listed, enter the language identified in question 2 as both Home and Native language. If there is more than one language listed in question 2, check with the family, since only one of the languages can be entered on Aspen.

English can be entered as the Home language ONLY if both questions are answered No and English is listed for both questions.

If the language is not included on the list of languages available on Aspen, enter "Other" temporarily, but contact OLCE as soon as possible so that the district can ask ISBE to add the new language. An Student Reclassification Recommendation (SRR) will have to be submitted to OLCE to correct the language at a later date.

Maintain Home Language Survey in the Student Cumulative Folder. If the student is an English Learner (EL), maintain the original survey in the Cumulative Folder and also maintain a copy of the survey in the student's English Learner Folder.



Home Language Survey 2024-2025

Office of Language and Cultural Education



Complete this Home Language Survey at the student's initial enrollment in a Chicago Public School.

please print or type:

STUDENT LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME
-------------------	------------	-------------

SCHOOL NAME	YCCS - Association House High School	
-------------	--------------------------------------	--

STUDENT ID #	NETWORK	ROOM # 533
--------------	---------	---------------

Bosnian/Serbian(Latin) Bosanski/Srpski Ukoliko ste na bilo koje od ovih pitanja odgovorili sa „Da“, škola će biti zakonski dužna da procijeni nivo znanja engleskog jezika kod vašeg djeteta.

1. Da li se u kući govori na stranom jeziku (različito od engleskog)? Da (yes) Ne (no) Koje jezike?

2. Da li učenik govori neki drugim jezikom (različito od engleskog)? Da (yes) Ne (no) Koje jezike?

Vietnamese / Tiếng Việt Nếu câu trả lời cho một trong hai câu hỏi trên là có thì luật pháp yêu cầu trường học phải đánh giá khả năng thông thạo Anh ngữ của con quý vị.

1. Ngôn ngữ khác tiếng Anh có được sử dụng trong nhà quý vị không? Có (yes) Không (no) Ngôn ngữ gì?

2. Con quý vị có nói một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh không? Có (yes) Không (no) Ngôn ngữ gì?

Urdu / اردو اگر کسی بھی سوال کا جواب ہاں میں ہے تو، قانون کے تحت اسکول سے آپ کے بچے کی انگریزی زبان کی مہارت کا اندازہ لگانا پڑتا ہے۔

کیا آپ کے گھر میں انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولی جاتی ہے؟ ہاں (yes) نہیں (no) کون سی زبان؟

کیا طالب علم انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بول سکتا ہے؟ ہاں (yes) نہیں (no) کون سی زبان؟

Pashto/انگلیسی که د هرې پوښتنې ځواب هو وي، قانون له مخې پوښتونځي اړتيا لري چې ستاسو د ماشوم د انگليسي ژبې مهارت ارزونه وکړي.

آيا ستاسو په کور کېد انگليسي پرته بله ژبه ويلکيږي؟ هو (yes) نه (no) کومه ژبه؟

آيا ستاسو ماشوم د انگليسي پرته په بله ژبه خبرې کوي؟ هو (yes) نه (no) کومه ژبه؟

Gujarati / ગુજરાતી તમારા બાળકના અંગ્રેજી ભાષાના કૌશલ્ય માટે આકારણી કરાવવા માંગે છે. જો બન્નેમાંથી કોઈ એક પુસ્ત્રનો જવાબ પણ હા માં હોય તો, કાયદો શાળા પાસે

1. શું આપના ઘરમાં અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા અન્ય કોઈ ભાષા બોલ આવે છે? હા (yes) નહીં (no) કઈ ભાષા?

2. શું વિદ્યાર્થીઓ અંગ્રેજી સિવાયની કોઈ ભાષા બોલે છે? હા (yes) નહીં (no) કઈ ભાષા?

Yoruba / Yorùbá Tí idáhùn sí ibèèrè nàá bá jẹ̀ Bẹ̀ẹ̀ni, òfin bèèrè pé kí ilé-ẹ̀kọ́ nàá ẹ̀e igbéléwọ̀n bí ọmọ ẹ̀ẹ́ ẹ̀dè Gẹ̀ẹ́sì sí.

1. Njẹ ẹ n sọ ẹ̀dè miran yatọ sí Ẹ̀dè-Gẹ̀ẹ́sì ninu idile yin bí? Bẹ̀ẹ̀ni (yes) Bẹ̀ẹ̀kọ (no) Ẹ̀dè wo?

2. Ẹ̀e akẹ̀kọ̀ọ́ nàá n sọ ẹ̀dè miran yatọ sí ẹ̀dè-Gẹ̀ẹ́sì bí? Bẹ̀ẹ̀ni (yes) Bẹ̀ẹ̀kọ (no) Ẹ̀dè wo?

Russian / Русский Если на любой из этих вопросов дан утвердительный ответ, согласно законодательству школа должна оценить уровень владения английским языком вашего ребёнка.

1. Вы говорите у себя дома на ином языке, нежели на английском? Да (yes) Нет (no) На каком языке?

2. Ваш ребёнок говорит на ином языке, нежели на английском? Да (yes) Нет (no) На каком языке?

Tagalog/Tagalog Ayon sa batas, kung "Oo" ang sagot sa parehong tanong, kailangan suriin ng paaralan ang kakayahan at kaalaman na mag-aaral sa wikang Ingles.

1. May iba pa bang lengguwahe bukod sa Ingles na ginagamit sa iyong tahanan? Mayroon (yes) Wala (no) Anong wika?

2. May ginagamit ba na ibang lengguwahe ang mag-aaral bukod sa Ingles? Mayroon (yes) Wala (no) Anong wika?

Signature of School Official _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Maintain Home Language Survey in the Student Cumulative Folder. If the student is an English Learner (EL), maintain the original survey in the Cumulative Folder and also maintain acopy of the survey in the student's English Learner Folder. *Must have an original signature; an electronic signature is not acceptable*



Encuesta sobre raza y etnicidad



Por favor escriba en letra de molde:

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SEXO	NOMBRE DE ESCUELA YCCS - Association House High School		
FECHA DE NACIMIENTO	ID# ESCUELA (6 dígitos) para ser completado por el personal de la escuela. 533		

Instrucciones

Por favor responda las preguntas de la parte inferior. Ambas preguntas deben ser respondidas. La Parte A se refiere al origen étnico del estudiante, y la Parte B a la raza. Si usted no responde, el distrito escolar deberá proveer esa información basándose en la identificación realizada por un observador.

PARTE A

¿Es este estudiante hispano/ latino? (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español sin importar la raza). Escoja solamente una.

- No, no es hispano/latino**
- Sí, es hispano/latino**

La pregunta anterior es sobre origen étnico, no raza. Sin importar la respuesta seleccionada ahí, continúe y responda las preguntas que siguen ahora marcando una o más casillas para indicar la raza que usted considera corresponde al estudiante.

PARTE B

¿Cuál es la raza del estudiante? Escoja una o más.

- Nativo americano o Nativo de Alaska** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Norteamérica, Sudamérica o Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o vínculo comunitario).
- Asiático** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales del lejano oriente, sudeste asiático o subcontinente indio, incluyendo por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam).
- Negro o afroamericano** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los grupos negros de África).
- Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico).
- Blanco** (Una persona cuyos orígenes pertenecen a cualquiera de los habitantes originales de Europa, el Medio Oriente o el norte de África).



Formulario de información médica del estudiante 2024 - 2025



Este formulario se debe actualizar y devolver a la escuela cada año escolar.

Por favor informe a su escuela sobre la salud y la atención médica de su estudiante. Esta es una buena manera de mantener seguro a su estudiante. La información es **CONFIDENCIAL** y será compartida sólo con el personal de CPS autorizado (la enfermera, el director, la persona designada o la secretaria).

Por favor escriba en letra de molde.

APELLIDO(S) DEL ESTUDIANTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
SEXO (Escriba M/F/X/N)	FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DE LA ESCUELA YCCS - Association House High School		
# DE ID DEL ESTUDIANTE	GRADO	# DE AULA 533		

1. ¿SABE SI SU ESTUDIANTE POSEE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD?

SÍ NO

Si su estudiante tiene una condición de salud, favor programar una cita con su personal de enfermería escolar. POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

Alergias (alimentarias u otras)

Por favor especifique: _____

Asma
Año diagnosticado _____

Convulsiones/Epilepsia
Año diagnosticado _____

Diabetes – por favor marque el tipo Tipo 1 Tipo 2 Otro
Año diagnosticado _____

Anemia de células falciformes
Año diagnosticado _____

Otro _____ Año diagnosticado _____

2. MI ESTUDIANTE TIENE UN MÉDICO DE CABECERA (PRIMARY DOCTOR) SÍ NO

En caso afirmativo, por favor provea el nombre y el número de teléfono del profesional médico:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Doy permiso a que el personal de enfermería de la escuela de mi estudiante o la persona designada hable con el doctor sobre la salud de mi estudiante.

3. MI ESTUDIANTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO: SÍ NO

Si su estudiante necesita seguro médico, llame a Healthy CPS al 773-553-KIDS (5437).

Este formulario **NO** es lo mismo que un “Plan de atención” (que contiene instrucciones detalladas de atención médica para proteger a su estudiante). Si su estudiante tiene una condición de salud que necesite atención médica en la escuela, por favor obtenga documentación médica de su médico y preséntela a la escuela, y haga una cita con el personal de enfermería de su escuela. Rellene un formulario del plan de cuidado médico (Medical Plan of Care Form) en la página web cps.edu/oshw (o pídaselo a la enfermera escolar), y devuélvalo a la escuela. **Si su estudiante tiene una condición médica, por favor haga una cita con el personal de enfermería escolar.**

Por favor devuelva el formulario al personal de enfermería escolar. Si el estudiante tiene una condición de salud, los padres deben hacer una cita con el personal de enfermería escolar.

Nombre del padre o tutor legal

Fecha

Número de teléfono

Firma del padre o tutor legal

Correo electrónico

*Este formulario debe ser firmado a mano.
Una firma electrónica no es aceptable.*

Solo para las enfermeras

Revisado por (Iniciales)

Fecha

Revisado Marzo de 2024



Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



El propósito de este formulario de CPS es obtener información sobre el ingreso de las familias para determinar los fondos escolares. CPS y su escuela pueden recibir fondos adicionales basados en la cantidad de familias de bajos recursos matriculadas. Por favor, complete este formulario y entréguelo a la oficina de la Escuela.

Padres — devuelvan este formulario a la escuela antes del **30 de octubre de 2024**.

Schools — Please enter into ODA by **November 20, 2024**.

Por favor escriba en letra de molde:

NOMBRE DE ESCUELA **YCCS - Association House High School**

¿TIENE SU FAMILIA SERVICIOS DE INTERNET SU DOMICILIO? SÍ NO

PARTE 1: Información sobre el hogar — Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar.

**Estudiante de Crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte)*

PARTE 2: # de SNAP/TANF de cualquier miembro de su hogar (siga la parte 6)

¿HIJO DE CRIANZA?	¿ESTUDIANTE DE CPS?	TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO DE DHS SNAP O TANF (ÚLTIMOS 9 DÍGITOS)
		Apellido(s)	Nombre	Inicial del segundo nombre		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

PARTE 3: Estudiante sin hogar, emigrante, fugitivo o en el programa Head Start

- NIÑO SIN HOGAR
- EMIGRANTE
- FUGITIVO
- HEAD START

Firma del intermediario del niño sin hogar, emigrante, fugitivo o en Head Start

Fecha

PARTE 4: Nombres de los integrantes de su hogar que perciben ingresos

(DEJE EN BLANCO si ha contestado la Sección 2 o 3 de esta solicitud.)

Para cada uno, indique sus ingresos y cada cuánto los recibe.

Frecuencia: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente, anualmente

OTROS INGRESOS Pueden ser, pero no se limitan a, fondos de bienestar social, manutención de menores, jubilación, Seguro Social, compensación al trabajador o desempleo.

NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS	INGRESOS BRUTOS (antes de deducciones)	Frecuencia					TODOS OTROS INGRESOS	Frecuencia				
		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente		Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Anualmente
Nombre Inicial Apellido(s)	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE 5: Seleccione para obtener información sobre otros beneficios.

- ¡SÍ! Me interesa aplicar por la exoneración del pago de enseñanza.
- ¡SÍ! Me interesa aplicar para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y/o Medicaid. O llame al 773-553-5437
- ¡SÍ! Este estudiante tiene un padre que es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas. Los estudiantes con un padre que sea veterano o miembro de las fuerzas armadas pueden calificar para una exención de cuota.

Firma

PARTE 6

Firma: Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y que he reportado todos nuestros ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal basado en la información en este formulario y que los funcionarios escolares puedan verificar la fidelidad de la información; y que intencionalmente brindar información falsa podría resultar en mi enjuiciamiento.. Permiso que el distrito comparta el estatus de elegibilidad para recibir beneficios basados en el estatus de elegibilidad.

Firma del miembro adulto del hogar

Nombre del adulto del hogar

Apellido(s) del adulto del hogar

Dirección postal o de domicilio

Código postal

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.



Formularios de información de ingresos familiares 2024 - 2025



PARTE 7: Identidades raciales y étnicas de los estudiantes (opcional)

MARQUE UNA:

- Hispano/Latino
- No hispano/Latino

MARQUE UNA O MÁS:

- Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
- Blanco Nativoamericano o Nativo de Alaska

Instrucciones para llenar la solicitud

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante. Adjunte otra solicitud, si es necesario.

Sección 2: Escriba el número de caso del DHS (SNAP o TANF) correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica.

Avance a la Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

SI ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN ESTUDIANTE SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO O EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante.

Avance a Sección 3: Marque la casilla que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de estudiantes sin hogar, emigrantes o fugitivos.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

SI ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre de sus hijos de crianza.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar **debe** firmar la solicitud.

SI ALGUNOS, PERO NO TODOS, LOS NIÑOS EN EL HOGAR SON HIJOS DE CRIANZA:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque la casilla "Hijo de Crianza" al lado del nombre de sus hijos de crianza.

Avance a Sección 4: Siga las instrucciones bajo TODOS LOS DEMÁS HOGARES (Sección 4) más abajo.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

Sección 6: Firme el formulario.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y la fecha de nacimiento de cada estudiante. Adjunte otra solicitud, si es necesario.

Avance a Sección 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

Columna 1 Nombre:

Escriba el nombre y los apellidos de cada persona que vive en su hogar que reciba ingresos, sea pariente o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.)

Columnas 2 & 3 Ingreso bruto y cada cuánto es recibido:

El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. Todas las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque la casilla que indique la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque la casilla y firme.

Sección 6: Firme el formulario.

Sección 7: Marque las casillas que correspondan a su identidad racial y étnica.

SCHOOL USE ONLY

Initial Determination: ELIGIBLE (Free or Reduced) INELIGIBLE (Denied, N/A or ?)

CONFIRMATION (Only for those applications selected for verification)

Signature of Confirming Official (Required)

Date



Formulario de consentimiento para mensajes de la escuela



Estimado padre, tutor legal o estudiante de dieciocho o más años:

Su escuela y el distrito enviarán periódicamente información relacionada con la escuela o eventos del distrito, actualizaciones o iniciativas. Utilizaremos el sistema de mensajes telefónicos para recordarle sobre esos eventos, actualizaciones e iniciativas, incluyendo la distribución de boletas de calificaciones, giras escolares, eventos comunitarios, conferencias entre padres y maestros, anuncios, información y exámenes de COVID-19, y más. Para que reciban notificaciones y recordatorios periódicos de la escuela o del distrito, se necesita su consentimiento abajo.

En caso de emergencia, usted será informado por los números de contacto provistos, sin importar que haya dado o no el consentimiento. Estos casos incluyen cierres de escuelas debido al clima, riesgos de salud, amenazas, ausencias injustificadas y otras situaciones que afecten la salud o seguridad de los estudiantes y del personal docente. Las llamadas de emergencia serán enviadas a todos los números telefónicos, incluyendo celulares, listados en los registros del estudiante. Por favor asegúrese de que la escuela tenga las versiones actualizadas de estos números.

Por favor, llene este formulario y entréguelo para estar seguro de que recibirá llamadas informativas y textos.

Al firmar este formulario usted estará autorizando a las Escuelas Públicas de Chicago para que usen un sistema automático de distribución periódica de llamadas informativas o mensajes de texto al teléfono(s) provisto abajo. Si cambia su número telefónico, o no desea recibir más llamadas automáticas y textos, usted acuerda avisar inmediatamente a las Escuelas Públicas de Chicago. Al firmar abajo, usted acepta que este consentimiento continuará válido y usted recibirá llamadas automáticas y textos, a menos que lo revoque. Es posible que se apliquen tasas de cobro para mensajes y datos.

SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO para lo señalado en la sección de arriba.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO para lo señalado en la sección de arriba.

Por favor escriba en letra de molde:

Apellido(s) del estudiante Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Nombre en letra de molde del padre, tutor legal o estudiante de 18 o más años de edad

YCCS - Association House High School

Nombre de la escuela Grado Número de ID del estudiante

Firma del padre/tutor legal/estudiante de 18 años o mayor

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

PRIORIDAD #1

Apellido(s)

Nombre

Teléfono principal Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono secundario Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono terciario Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

PRIORIDAD #2

Apellido(s)

Nombre

Teléfono principal Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono secundario Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono terciario Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

PRIORIDAD #3

Apellido(s)

Nombre

Teléfono principal Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono secundario Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo

Teléfono terciario Celular Teléfono del hogar Teléfono del trabajo



Formulario de consentimiento y autorización de medios de comunicación



Consentimiento/relevo

Por la presente autorizo a que mi estudiante sea fotografiado, grabado digitalmente, grabado en video, audio o entrevistado por la Junta de Educación de Chicago (la "Junta") o por medios de prensa cuando la escuela esté en sesión, ya sea en persona o presentada de forma remota, o cuando mi estudiante se encuentre bajo la supervisión de la Junta. También autorizo que dichas fotografías, grabaciones digitales, en video, audio o entrevistas sean compartidas con terceras partes que hayan recibido la aprobación por escrito de la Oficina de Comunicaciones. Entiendo que en el curso de las actividades anteriormente descritas la Junta quizás quiera celebrar los logros y el trabajo de mi estudiante. Por lo tanto, también autorizo a la Junta la divulgación de información sobre el nombre de mi estudiante, de sus premios académicos y no académicos, y de información relacionada con su participación en actividades auspiciadas por la escuela, organizaciones y deportes.

También autorizo a la Junta el uso del nombre, fotografías o la imagen de mi estudiante, o de su voz o trabajo creativo, en Internet o en un CD educativo, o en cualquier otro medio electrónico, digital o impreso, que puede incluir rótulos o pancartas de reconocimiento, exhibidos en, cerca de, o alrededor del edificio escolar.

Como padre o tutor legal del estudiante estoy de acuerdo y libero de toda responsabilidad e indemnizo a la Junta, a sus miembros, síndicos, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados ante cualquiera y todos los reclamos, demandas, acciones, quejas, juicios u otras formas de responsabilidad que puedan surgir por cualquier razón, o puedan ser causadas por el uso del trabajo creativo, fotografía, la imagen o voz en televisión, radio o películas, o en medios impresos, Internet o cualquier otro medio electrónico o digital o con relación a la participación de mi estudiante en eventos escolares virtuales o actividades celebratorias.

Es entendido, además, y estoy de acuerdo, en que no se me debe a mí, a mi estudiante, a nuestros herederos, agentes o designados ningún dinero o consideración de ninguna especie, incluyendo el reembolso de cualquier gasto realizado por mí o por mi estudiante durante la participación en cualquiera de las actividades mencionadas, o por el uso de su trabajo creativo, fotografías, la imagen o voz.

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento mediante una comunicación por escrito al director escolar. También entiendo que mi consentimiento es válido por un año escolar, que incluye el verano siguiente.

Instrucciones: marque la caja #1 o caja #2

- 1. Autorizo lo señalado arriba en la sección consentimiento/relevo.
- 2. NO DOY la autorización, según lo descrito arriba en la sección de consentimiento/relevo.

Por favor escriba en letra de molde:

Apellido(s) del estudiante	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Nombre en letra de molde del padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más

YCCS - Association House High School

Nombre de la escuela	Grado	Número de ID del estudiante

Firma de padre o tutor, o del estudiante si este tiene 18 años o más

Fecha

Este formulario debe ser firmado a mano. Una firma electrónica no es aceptable.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar los registros de mi estudiante, de disputar el contenido de dichos registros; y limito mi consentimiento a los registros designados o porciones designadas de información contenida en los registros.



Formulario de Comunicado De Prensa y Mercadotécnica

Este formulario es para:

___ Participante

___ Personal

___ Otro: _____

(por favor especifique)

Nombre del "Individuo" para quien se proporciona esta autorización:

Nombre del padre o tutor legal (si corresponde):

Doy mi consentimiento para que AHC utilice fotografías, videos y grabaciones de audio del Individuo. Estos materiales pueden utilizarse con fines de marketing y redes sociales. Entiendo que los activos de los medios pueden entregarse a socios financieros con fines promocionales.

No doy mi consentimiento.

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito a AHC. Si revoco el consentimiento, no se aplicará a los materiales de marketing ni a la información ya divulgada al público.

Entiendo y acepto que no se pagará ni esperará ninguna tarifa por el consentimiento a lo anterior. He dado mi consentimiento sin promesa de servicio futuro o bajo amenaza de eliminación del servicio.

Firma de individuo

Fecha

Padre/guardián legal

Fecha



**Association
House** of Chicago

ESCUELA SECUNDARIA ASSOCIATION HOUSE

LIBERACIONES Y AUTORIZACIONES	Iniciales del alumno	Iniciales del tutor
<p>EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo libero a Association House of Chicago y Association House High School y a todos sus trabajadores y todas las personas asociadas con la escuela y agencia, de toda responsabilidad financiera y toda otra responsabilidad por causa de accidentes o cualquier situación que me pueda ocurrir a mí, mis hijos/as, o cualquier miembro o persona asociada conmigo mientras participe en todas las actividades y viajes de Association House, aun siendo actividades o viajes en clase, en las propiedades de Association House of Chicago o fuera de la agencia.</p>	_____	_____
<p>AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA Yo doy mi autorización, en caso de emergencia, que se le suministre tratamiento médico a mi hija/o menor de edad. Yo entiendo que seré contactado lo más pronto posible después de que haya recibido tratamiento.</p>	_____	_____
<p>AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN Yo autorizo plenamente a Association House of Chicago y Association House High School y a sus representantes autorizados que obtengan información personal, archivos educacionales y verificación de matriculación educacional y/o trabajo. Entiendo que esta autorización es permanente y estará en efecto hasta que yo revoque la autorización por escrito.</p>	_____	_____

ESTUDIANTE	Con mi firma, reconozco que he leído y entiendo todas las autorizaciones descritas aquí.		
	Nombre del estudiante	Firma del estudiante	Fecha

PADRES	Si el estudiante es menor de 18 años, el padre/tutor legal debe de firmar a continuación.		
	Nombre del padre, madre o tutor legal	Firma del padre, madre o tutor legal	Fecha

AHHS			
	Nombre del personal de AHHS	Firma del personal de AHHS	Fecha

ESCUELA SECUNDARIA ASSOCIATION HOUSE

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESCOLARES	Iniciales del alumno	Iniciales del tutor
<p>RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE</p> <p>Yo, como estudiante, compartiré la responsabilidad de mejorar mi rendimiento académico y alcanzar los altos estándares del estado. Específicamente, haré:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hacer mi tarea todos los días y pedir ayuda cuando la necesito. Leer al menos 30 minutos todos los días fuera del horario escolar. Dar a mis padres o al adulto responsable de mi bienestar, todos los avisos e información que recibo de mi escuela todos los días. 	_____	_____
<p>ACUERDO DE POLÍTICAS</p> <p>Yo estoy de acuerdo con las reglas de Association House High School y el Código Uniforme de Disciplina de las Escuelas Públicas de Chicago. Yo atesto que he leído y entiendo las reglas y consecuencias si no las sigo. Firmando este acuerdo, atesto que seguiré las reglas y si opto por no seguirlas, aceptare las consecuencias. También atesto que he recibido una copia de dichas reglas.</p>	_____	_____

ESTUDIANTE	Con mi firma, reconozco que he leído y entiendo todas las autorizaciones descritas aquí.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Nombre del estudiante Firma del estudiante Fecha </div>

PADRES	Si el estudiante es menor de 18 años, el padre/tutor legal debe de firmar a continuación.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Nombre del padre, madre o tutor legal Firma del padre, madre o tutor legal Fecha </div>

AHHS	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> _____ _____ _____ </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Nombre del personal de AHHS Firma del personal de AHHS Fecha </div>

CONFIRMACION QUE RECIBIÓ LA POLÍTICA DE DISCIPLINA ESTUDIANTIL

He recibido y leído la Política de Disciplina. Soy consciente de mis derechos y responsabilidades según la Política de Disciplina. Además, entiendo que los actos de mala conducta o comportamiento estudiantil inapropiado resultarán en intervenciones y consecuencias según lo establecido en la Política de Disciplina.

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Fecha

ACUERDO DE PADRE/TUTOR

Los estudiantes no pueden ser excluidos de la instrucción en el aula en vivo. Las escuelas pueden utilizar salas de restauración virtuales u oportunidades de reflexión como intervención de apoyo. Estas oportunidades brindan la oportunidad de participar en el proceso restaurativo y no pueden durar más de un (1) período y solo durante la instrucción asincrónica, y no durante la instrucción sincrónica. Además, la oportunidad debe ser supervisada en todo momento por un maestro o administrador escolar y se debe notificar inmediatamente a los padres/tutores del estudiante sobre la derivación.

Los estudiantes con discapacidades no pueden recibir disciplina por conducta que sea una manifestación de su discapacidad. Para todos los estudiantes, los administradores y educadores implementarán un plan de apoyo conductual a nivel escolar, cuando corresponda, o un Plan de apoyo conductual individual para cada estudiante en un esfuerzo por apoyar la conducta estudiantil.

Garantías procesales disciplinarias

Los padres/tutores y estudiantes tienen todos sus derechos y protecciones debidas cuando enfrentan disciplina o expulsión del aprendizaje remoto y/o híbrido como si estuvieran físicamente en la escuela a tiempo completo. Estos incluyen el derecho a recibir notificación, audiencias disciplinarias y, en algunos casos, el derecho a apelar o presentar una queja. Consulte el Código de conducta estudiantil para obtener más detalles sobre estos procedimientos de suspensiones, expulsiones y transferencias.

Las audiencias de disciplina se llevarán a cabo virtualmente durante el año escolar 2020-21, debido a las restricciones de seguridad de COVID-19. Los padres/tutores a quienes se les impida participar exitosamente en la audiencia virtualmente debido a una condición médica documentada u otras circunstancias deben comunicarse con el director de la escuela o con Youth Connection Charter School para solicitar una adaptación.

Soy el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente. He recibido y leído la Política de Disciplina. Entiendo que, al firmar este documento, acepto apoyar y promover los objetivos de la política disciplinaria y hacer todo lo posible para trabajar con la escuela para resolver todos los asuntos disciplinarios.

Nombre del padre, madre, o tutor

Firma del padre, madre, o tutor

Fecha

School Name: YCCS - Association House High School

Student's Name: _____

Phone Number: _____ Student's ID Number _____

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR/ALUMNO PARA LA INVITACION
DE UNA AGENCIA PARA LA REUNION DE TRANSICION**

Fecha: _____

Estimado(a): _____

Una reunión anual del IEP, incluyendo los objetivos necesarios de enseñanza postsecundarias y los servicios de transición, se llevara a cabo este año escolar. Cuando ocurra este evento, debemos invitar a un representante de la agencia o agencias que pueden ser responsables de proporcionar servicios de transición postsecundarias. Nosotros, para poder invitar a estos representantes de la agencia, necesitamos su consentimiento por escrito. La agencia o agencias que podrán ser invitadas a la reunión de IEP son:

- Departamento de Servicios Humanos/División de Rehabilitación (DRS)
- Departamento de Servicios Humanos División de Desarrollo de Discapacidad (o Agencia PAS)
- División de Cuidados Especializados para Niños
- Representante de Servicios de Discapacidad de Educación Postsecundaria
- Otra Agencia: _____

Indique/marque en la parte de abajo su consentimiento o rechazo de la invitación de una agencia/agencias a la reunión del IEP. Por favor tome nota, que su consentimiento de invitación a una agencia no le garantiza que el representante asistirá, solo significa que se ha extendido una invitación.

Sinceramente,

Consejera/o de Caso o Representante de la Escuela_____
Teléfono

Por favor solo marque uno,

- Yo doy mi consentimiento para que inviten a la agencia/s indicada/s arriba para que asista a la reunión del IEP. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha firmada. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento antes que el representante identificado por la agencia sea invitado a la reunión del IEP.
- No doy mi consentimiento para invitar la agencia/a indicada/s arriba a la reunión de IEP.

Firma del Padre o Alumno (18 años o mayor)_____
Fecha_____
Imprima el Nombre del Padre o Alumno (18 años o mayor)



Autorización para el Padre/Tutor para mandar documentos del IEP/504 e información relacionada a través de Correo Electrónico (E-mail)

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **ID#:** _____

Yo otorgo mi permiso para que las Escuelas Públicas de Chicago Distrito #299 (CPS) me proporcionen copias de la elegibilidad, el Programa de Educación Individualizado (IEP) y el 504 de mi hijo(a) y documentos relacionados por correo electrónico (e-mail). Yo entiendo que al recibir tal información confidencial por e-mail podría aumentar el riesgo de que esta información podría ser inadvertidamente accedida por terceros. A firmar este formulario, yo asumo todos los riesgos asociados con la seguridad de esta documentación enviada por e-mail. Yo entiendo que por otorgando mi permiso para enviar el IEP y los documentos de elegibilidad por e-mail, CPS continuará a enviar estos documentos por e-mail hasta que yo notifique por escrito al gerente de casos en la escuela actual de mi hijo(a), que yo estoy revocando la autorización a proporcionar tales documentos por e-mail.

Información que se debe enviar por e-mail al padre/tutor

Marque todos los que apliquen

- Notificación de Conferencia
- Informes de Evaluación, incluyendo el formulario de Intervenciones Ambientales de Aprendizaje
 - Copias provisionales
 - Copias finalizadas
- Documentos del IEP, incluyendo pero no limitados a los formularios sobre la recopilación de datos y documentos de SSCA
 - Copias provisionales
 - Copias finalizadas
- Documentos del 504, incluyendo pero no limitados a las evaluaciones y los formularios sobre la recopilación de datos
 - Copias finalizadas
- Informes del Progreso del IEP y Boletines de Calificaciones (Report Cards)
- Carta de Asignación de Escuela

Certificación del correo electrónico (e-mail):

Yo certifico que _____ es mi correo electrónico (e-mail), y es el único e-mail que las Escuelas Públicas de Chicago pueden usar para proporcionar los documentos antes mencionados de elegibilidad y otros relacionados del IEP/504 por e-mail.

Si no otorgo mi permiso, yo entiendo que los documentos antes mencionados de elegibilidad y relacionados del IEP/504 se me proporcionarán por las Escuelas Públicas de Chicago por correo postal de EUA o entrega personal de mano.

Firma de Padre/ Tutor/Estudiante Adulto: _____

Fecha: _____

Derechos del Participante, Privacidad y Responsabilidades

Como participante de la Association House of Chicago (AHC), usted tiene derecho a los derechos indicados del Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act, Chapter 2 of the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Code [405 ILCS 5], American with Disabilities Act of 1990, Federal Confidentiality Regulations (42 C.F.R. Part 2) and the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996. Estos derechos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

Como participante en un programa de Association House, usted tiene los siguientes derechos:

1. Para ser libre del abuso, negligencia (es decir, física o psicológica dolor, degradar, avergonzar o degradante lenguaje o actividad), castigo corporal y la explotación (es decir, financiero o sexual).
2. Ser informado de sus derechos y recibir una copia de este aviso, aunque aceptado recibirlo electrónicamente;
3. Acceso a servicios y no ser negado sobre la base de raza, religión, origen étnico, discapacidad, embarazo, estado militar, dado de baja militar, orientación sexual o estatus de VIH;
4. Servicios proporcionados en un ambiente disponible que sea menos restrictivo;
5. El derecho a tener discapacidades acomodadas como lo requiere el Acto de Americanos con Discapacidades de 1990 (42 USC 12101); Sección 504 y de la ley de rehabilitación y ley de recursos humanos actuar [775 ILCS 5];
6. Dar o Retener consentimiento sobre el tratamiento y sobre información confidencial sobre el paciente;
7. Rechazar el tratamiento o cualquier procedimiento de tratamiento específico y el derecho a ser informado de las consecuencias si rechaza tratamiento;
8. Confidencialidad que incluye: mi información médica protegida que forma parte de mi expediente de participante y status de VIH/SIDA y pruebas y pruebas anónimas. Si elijo revelar información con respecto a mi condición de VIH/SIDA, el personal no puede informarle a nadie a menos que dé consentimiento por escrito. Información acerca de mi estatus no se mantendrá en mi expediente;
9. Confidencialidad que incluye: mi información médica protegida que forma parte de mi expediente participante y status de VIH/SIDA y pruebas y pruebas anónimas. Si elegir revelar información con respecto a mi condición de VIH/SIDA, personal de no informar a nadie a menos que dé consentimiento por escrito. Información acerca de mi estatus no se mantendrá en mi expediente;
10. Para elegir sus propios proveedores y cambiar de proveedor si es necesario.
11. Ser protegidos de hacerse daño a sí mismo o a otros. Está prohibido el uso de restricciones médicas y mecánicas, además está prohibido reclusión, estímulos adversos, retención de la nutrición e hidratación.
12. Una restricción innecesariamente punitiva (retención o cancelación de visitas, obligado ejercicio, asignaciones de trabajo PUNITIVOS, sanción por pares y el grupo castigo) como una acción disciplinaria o como una manera de eliminar un negativo comportamiento está prohibido. ley
13. A Comunicarse con la gente en privado, sin obstrucción o censura por el personal. La comunicación puede ser restringida para proteger a usted o a otros de daños, hostigamiento o intimidación.
14. A recibir, poseer y utilizar bienes personales a menos que se determine que ciertos elementos son perjudiciales para usted u otros usuarios.
15. A Utilizar su dinero como usted elija, a menos que se le halla prohibido hacerlo en virtud de una orden de tutela judicial.
16. A Depositar su dinero en un banco o lugar para custodia con un proveedor de servicios, personal de AHC no puede actuar como beneficiario.
17. A Ser pagado por el trabajo, que se le pide que realice y que beneficia el prestador de servicios; sin embargo se deben hacer las tareas del personal de vivienda sin ser pagado.
18. Yo y/o mi tutor legal tienen derecho a participar activamente en la determinación de mis servicios, planificación de servicios y desempeño de los servicios. Tengo el derecho de hacer preguntas y recibir información sobre los servicios disponibles. Se me ofrecerán servicios basados en mis necesidades.
19. A participar en cualquier reunión de equipo acerca de usted.
20. Ser notificado de cualquier restricción de sus derechos y proporcionar un plan sobre cómo sus derechos se restaurarán. Usted y sus padres o tutores tienen derecho a una copia de este Plan. Su padre y/o tutor o la agencia designada por usted serán invitados a participar en el desarrollo del plan con objetivos que se puedan medir. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este plan con objetivos medibles que está firmado por usted, su padre y / o tutor, el QMHP y la LPHA.
21. A continuar recibiendo servicios a menos que usted se retire voluntariamente o cumpla con el criterio para el cumplimiento de servicios.

22. A obtener copia de su expediente y otra información acerca de usted.
23. A solicitar que la información inexacta sea enmendada o corregida en su expediente.
24. A saber si el proveedor no está cumpliendo los estándares de calidad y a mirar reportes de encuestas que describen la calidad de los servicios.
25. A ser informado sobre los servicios que hay disponibles para usted y recibir los más apropiados a sus necesidades.
26. A inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida (PHI) que se utiliza para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica.
27. A ponerse en contacto con la Guardianship and Advocacy Commission, Equip for Equality y el Illinois Department of Children and Family Services. Si necesita ayuda para ponerse en contacto con estas organizaciones, un miembro del personal le ayudará.
28. A que se provea servicios en su idioma principal o en un método de comunicación que entienda y documentación de tal explicación se colocará en mi expediente.
29. El derecho a contactar al pagador público o su designado y ser informado del proceso del pagador público para revisar quejas.
30. A ser informado sobre cualquier costo, si se aplica, antes de participar en dicho servicio.
31. A rehusar a participar en investigaciones y pruebas de cualquier tipo.
32. A negarse a participar en los servicios o cualquier recomendación del personal. Si el personal hace recomendaciones de referirlo/a a otros servicios en AHC o otra agencia externa, será discutido con usted. El personal le informará de las consecuencias si se niega a servicios o medicamentos.
33. Usted o su tutor puede presentar una queja. Se proporcionará una descripción de la ruta de recurso disponible cuando una persona está en desacuerdo con la decisión de la organización o las políticas;
34. A recibir un reporte de ciertas revelaciones de su información de salud protegida (PHI) hecha por nosotros y un informe escrito de acceso que indica quién ha tenido acceso a la información electrónica de salud protegida mantenida por la AHC.
35. Sin embargo, usted no tiene derecho a recibir un informe de varios tipos de revelaciones, incluyendo, pero no limitado a:
 - Revelaciones hechas para el pago, tratamiento u operación
 - Revelaciones hechas a usted
 - Revelaciones hechas antes de Abril 14, 2003
 - Revelaciones que usted haya autorizado por escrito
 - Revelaciones hechas de otra manera incidental a las divulgaciones permitidas
36. Derecho a optar por solicitud de recaudación de fondos y explicar el proceso por el derecho de exclusión.
37. Derecho a saber cuando mi información personal es compartida con el sistema de reportar al propietario de Armas de Fuego con DHS salud mental. AHC tiene la obligación de proporcionar información sobre personas en Illinois: personas con discapacidad mental, personas que han sido hospitalizadas en una unidad psiquiátrica por su voluntad, han sido determinado que son "un peligro claro y presente", y/o que han sido determinado que tienen "discapacidades de Desarrollo/ personas con Discapacidad Intelectual."
38. Derecho a contactar al Departamento de Salud y Servicios Familiares del estado de Illinois [Illinois Healthcare and Family Services (HFS)] o su designado y ser informado por HFS o su designado sobre el beneficio de atención médica de los participantes y el proceso para revisar quejas.

La información de los participantes del programa Visions son protegidos por los Reglamentos Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2), así como los reglamentos estatales y federales aplicables.

Derechos de los participantes en el programa Buena Vista, CILA

tienen el derecho de permanecer en este programa siempre y cuando no se retiren de él voluntariamente o por razones de otros criterios presentados en la Regla 199.21, por siguiente:

1. El comportamiento del individuo pone al individuo u a otros en peligro serio; o
2. El individuo debe ser transferido a un programa ofrecido por otra agencia y el individuo, su guardián, y las agencias involucradas, todos están de acuerdo con la transferencia; o
3. El guardian del individuo, la agencia transferencia y la agencia receptora
4. El individuo ya no beneficia de los servicios de CILA.

A los residentes de Buena Vista CILA o a sus guardianes se les permite a su gusto comprar y usar los servicios de médicos privados y otros profesionales de salud mental o de deshabilitades de desarrollo. En tales casos, esta información será documentada en el Plan de Servicio.

Como participante en AHC, usted es responsable de:

1. Proveer información correcta.
2. Participar en la planificación y evaluación de servicios.
3. Mantener sus citas.
4. Notificar nuestro personal con 24 horas de anticipación si no puede mantener su cita.

5. Pagar sus cuotas por completo y a tiempo, en aquellos programas que requieren pago.
6. Seguir las reglas y procedimientos de la agencia y sus programas.
7. Mantener la agencia segura. No fumar, no cargar armas de fuego, no involucrarse en actividades pandilleras, no consumir drogas o alcohol en nuestro edificio.
8. Tratar con respecto al personal de AHC y los demás participantes.
9. Respetar la propiedad de AHC y de los demás participantes.

Con el fin de proporcionar un ambiente seguro y respetuoso, cada participante es responsable de seguir las reglas de AHC y el programa individual en el que están recibiendo servicios. Cualquier violación de las reglas y responsabilidades puede resultar en una restricción o pérdida de privilegios para el participante. Violación resultará en una reunión inmediata con el participante y personal del programa. Discutirán las consecuencias que son específicas de las reglas del programa. Durante la reunión se discutirán las condiciones en que los derechos y privilegios de un participante serán reintegrados. Dependiendo de la gravedad de la infracción, suspensión inmediata o la terminación del programa puede ser necesario.

Participante Aviso De Privacidad (Revisado Febrero 27, 2020)

Cómo AHC puede usar su información:

AHC está permitido por las normas de privacidad de HIPAA para usar y divulgar su información de salud protegida [Protected Health Information (PHI)] para prestación de servicios (como se describe más adelante) sin su autorización:

- ✚ **Para el tratamiento.** AHC puede utilizar y divulgar su PHI para coordinar o administrar los servicios de atención de salud que recibe de los proveedores. Por ejemplo, para que el tratamiento y la asistencia sea coordinada, los administradores de su caso pueden discutir su condición con su médico. AHC puede revelar información a los consultores y fuentes de referencia y los contribuyentes, para hacer citas y realizar el seguimiento de la información. Tenga en cuenta, sin embargo, que la divulgación de notas de psicoterapia más allá del terapeuta atendiendo generalmente requiere su autorización específica.
- ✚ **Para el pago.** AHC puede utilizar y divulgar su PHI para determinar la elegibilidad, responsabilidad de cobertura los beneficios de su plan y facilitar el pago por el tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención de salud. Por ejemplo, para asegurarse de que usted reciba los beneficios correctos y cobros sean pagados correctamente, AHC también puede utilizar su PHI para actividades de revisión de utilización y manejo de casos.
- ✚ **Otros usos y divulgaciones permitidos**
 - Para los informes y la notificación de la violencia potencial de abuso físico, negligencia o violencia doméstica a una autoridad apropiada del gobierno
 - Si amenaza con causar daño a otros o/a mí mismo,
 - Si tiene una emergencia médica
 - Para la salud pública y la seguridad
 - Para actividades de vigilancia de la salud (p. ej. OIG)
 - Para procedimientos judiciales y administrativos
 - Cuando sea solicitado por la policía o oficial con su autorización o orden judicial
 - Cuando sea solicitado por un médico forense o examinador médico con su autorización o orden judicial
 - Cuando es solicitado por ciertos programas de donación de órganos, ojos o tejido con su autorización o orden judicial
 - Cuando lo solicite funciones especializadas del gobierno (p. ej. actividades militares y veteranos, seguridad nacional e inteligencia, servicios federales de protección, determinaciones de idoneidad médica, instituciones correccionales y otras situaciones de aplicación de la ley de custodia)
 - Si AHC utiliza o divulga la PHI para propósitos de aseguramiento, AHC no va a usar o divulgar su PHI para tal fin, que incluye su información de identificación. AHC puede divulgar su PHI a un familiar, pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, cuando esa información sea directamente relevante a la participación de esa persona en su cuidado o pago relacionado con su cuidado. AHC también puede utilizar su PHI para notificar a un miembro de la familia, su representante personal, otra persona responsable de su cuidado, o de ciertas agencias de socorro de desastres de su ubicación, condición general o muerte. Si usted está incapacitado, hay una emergencia o que de otro modo no tienen la oportunidad de aceptar u objetar a este uso o de la divulgación, AHC hará lo que a su juicio está en su mejor interés en cuanto a la divulgación y divulgará sólo información que es directamente relevante a la participación de esa persona en su atención médica.
 - A los efectos del financiamiento, acreditación, auditoría, otorgamiento de licencias, la compilación estadística, investigación, evaluación o propósito similar, mi expediente puede ser utilizado por la persona (s) que realiza la revisión en la medida en que ello sea necesario para lograr el propósito de la revisión. No datos de identificación personal serán divulgados sin mi consentimiento previo por escrito, salvo lo permitido por la Política de Confidencialidad AHC y como puede ser dictado por los respectivos agencias estatales de financiamiento. Entiendo que mi expediente puede ser uno de esos y estoy de acuerdo en permitir que se incluya en la auditoría.

- Boletines y otras comunicaciones. Podemos utilizar su información personal para comunicarnos con usted a través de boletines informativos (incluyendo boletines electrónicos o mensajes.)
- La Entidad cubierta participa con otras agencias de servicios de salud (cada una, una "Entidad cubierta participante") en la red de IPA establecida por Illinois Health Practice Alliance, LLC ("Compañía"). A través de la Compañía, las Entidades Cubiertas Participantes han formado uno o más sistemas organizados de atención médica en los que las Entidades Cubiertas Participantes participan en actividades conjuntas de garantía de calidad para la prestación de atención médica con otras Entidades Cubiertas Participantes, y como tales califican para participar en "OCHA" [Organized Health Care Arrangement] según lo define la Regla de privacidad. Como participantes de OHCA, todas las Entidades cubiertas participantes pueden compartir la PHI de sus pacientes para los fines de Tratamiento, Pago y Operaciones de atención médica de todos los participantes de OHCA.

Usos y Revelaciones

Si usted lo solicita, AHC tiene la obligación de dar acceso a su PHI con el fin de inspeccionar y copiar. Usted siempre puede solicitar y recibir una copia de la información médica que se mantiene como la Historia Clínica Electrónica (según se define en las normas HIPAA). Usted también puede tener una historia clínica electrónica enviada a otra entidad o persona, siempre y cuando la petición es clara, visible y específica y por escrito. AHC también está obligado a utilizar y divulgar su PHI cuando sea solicitado por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar AHC del cumplimiento con las normas de privacidad.

Derecho a Solicitar Restricciones

Usted puede pedirnos que limitemos cómo AHC utiliza y divulga su PHI para llevar a cabo el pago, tratamiento y operación de la salud y la administración. Usted también puede pedir que se restrinjan las divulgaciones a miembros de su familia, parientes, amigos y otras personas que usted identifique que están involucrados en su cuidado o pago por su cuidado. Además, cualquier entidad sujeta a las normas de privacidad de HIPAA (p. ej. un socio de negocios de AHC o un proveedor) debe cumplir con la solicitud de una persona que no comparta un tema de salud específico o servicio con AHC, incluso para pago o manejo de salud, si la persona individual o ajena AHC ha pagado el importe total adeudado. Mientras AHC tendrá en cuenta todas las solicitudes de restricciones con cuidado, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada, a excepción de una restricción solicitada que se refiere sólo a un elemento de cuidado de salud o servicio para el que la persona física o ajena AHC ha pagado el importe total adeudado.

Derecho a recibir un Aviso de Infracción

AHC tiene la obligación de notificar por correo de primera clase o por correo electrónico de cualquier infracción de la Información de Salud Protegida no Garantizada tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso, no más tarde de 60 días después del descubrimiento de la infracción. "Información de salud protegida no asegurada" es información que no está asegurada a través del uso de una tecnología o metodología identificadas por el Secretario de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos a rendir el inservible, ilegible e indescifrable a los usuarios no autorizados PHI. La notificación debe incluir la siguiente información:

- Una descripción breve de la infracción, incluyendo la fecha de la infracción y la fecha de su descubrimiento, si se conoce;
- Una descripción del tipo de información de salud protegida sin garantía implicada en la infracción;
- Los pasos que debe tomar para protegerse frente a posibles daños resultantes de la violación;
- Una breve descripción de las acciones que estamos tomando para investigar la infracción, mitigar las pérdidas y proteger contra nuevas violaciones;
- Información de contacto, incluyendo un número de teléfono gratuito, correo electrónico, sitio web o la dirección postal para permitirle hacer preguntas u obtener información adicional. En el caso de que la infracción tenga que ver con este 10 o más participantes que la información de contacto no está actualizado vamos a publicar un aviso de la violación en la página principal de nuestro sitio Web o en una impresión de mayor difusión o medios de comunicación. Si la infracción implica a más de 500 participantes en el estado o jurisdicción que enviará avisos a los medios de comunicación importantes. Si la infracción implica a más de 500 participantes, estamos obligados a notificar inmediatamente al Secretario de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. También están obligados a presentar un informe anual al Secretario de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de una brecha que involucró a más de 500 participantes durante el año y mantener un registro escrito de las infracciones que afectan a menos de 500 participantes.
- Usted puede solicitar para recibir su PHI por medios alternativos o en una ubicación alternativa si cree razonablemente que otra divulgación podría representar un peligro para ti.

Procedimiento de Quejas

AHC me recomienda que explore cualquier queja con el personal de mi programa; pero si no me siento agusto conversando sobre este tema con el personal, puedo dirigirme al Gerente de PQI, quien como Oficial de Derechos del Participante, me proveerá con una explicación verbal del procedimiento de queja desde el punto de notificación inicial de la queja hasta la resolución final. También me ayudara a decidir que opciones perseguir, incluyendo escribir la queja y contactar otras fuentes de asistencia. El Oficial esta disponible de Lunes a Viernes 9 am hasta 5 pm, y se le puede ubicar al 773-772-7170. Para llamadas fuera de horas se oficina, favor dejar un mensaje grabado y su llamada será contestada al próximo día de negocios. Cualquier queja, Cualquier queja no resultara en retaliación u obstáculos a servicio. Tales quejas o preocupaciones serán revisadas e investigadas en acuerdo con la póliza de los Derechos de Participantes y de Quejas. No obstante las provisiones arriban citadas, cuando la agencia determina que no puede proveer servicios a causa de capacidad, peligro o lo apropiado, entonces reserva el derecho de discontinuar los servicios. La agencia le proporcionará un aviso de al menos 10 días antes de tomar acción de negar, modificar, reducir o terminar los servicios. En el caso que sienta que su queja no ha sido resuelta, usted tiene el derecho de contactar las siguientes agencias, si es aplicable.

El oficial de derechos de participante conservará completo y registros precisos de las quejas recibieron la materia de los agravios y las resoluciones. Los registros serán monitoreados conforme al programa de mejora de calidad y mantenerse en archivo por un periodo de siete 7 años por el oficial de derechos de participante.

Decisión de la representante de la agencia sobre la queja constituye una decisión administrativa final.

Para Programas en Salud Mental, Desarrollo incapacitado y Servicios en Adicción	Department of Human Services Bureau of Licensure, Accreditation and Certification 401 N. 4 th Street, 2 nd Floor Springfield, IL. 62702 (217) 557-9282	Department of Human Services Office of the Inspector General 901 Southwind Rd. Springfield, IL. 62703 (800) 368-1463	Para Programas de Alcoholismo y Uso de Substancias Solo: Department of Human Services Division of Alcoholism and Substance Use Licensing 401 S. Clinton St, 2 nd Floor Chicago, IL 60607 (312) 814-3840
Para Programas en Bienestar de Niños	Department of Children and Family Services Administrative Hearings Unit 406 E, Monroe Street Station 15 Springfield, IL. 62704-1498 (217) 782-6655 or 800-232-3798		
Para todos los demás Programas	Guardianship and Advocacy Commission PO Box 7009 Hines, IL 60141 (866) 274-8023	Equip for Equality 20 N Michigan Ste. 300 Chicago, IL. 60602 (312) 341-0022	Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, S.W. Washington, DC 20201

La agencia se rige por las regulaciones federales y estatales a cerca de la confidencialidad y acceso a servicios. Para mayor información, favor de leer Los Derechos del Participante/ Notificación de Privacidad de su programa o póngase en contacto con la Oficial de Privacidad Para Participantes a 773-772-7170.

Mis servicios o tratamiento no serán negados, suspendidos, terminados o reducidos por ejercer mis derechos. Al firmar, yo reconozco que mis derechos en esta forma se me han sido explicados y me ofrecieron una copia de este documento.

Participante (12 años y mayor) Fecha Guardián (si es menor de 18 años) Fecha

Yo, _____, en mi calidad de empleado de Association House of Chicago, le he explicado a este participante sus derechos y considero que e/ella los ha entendido.

Empleado Fecha

* Válido por un año después de la fecha de su firma. Debe ser revisado, reconocido y firmado anualmente.

Horas de Operación:

1116 N. Kedzie Avenue, Chicago, IL	Lunes -Jueves : 8:00am – 8:00pm Viernes: 8:00am-7:00pm Sabado: 9:00am- 1:00pm Cerrado los Domingos
Programas: Dulcinea Residencial y Buena Vista CILA:	Abierto las 24 horas