

2019-20 Formulario de Registro de Participante

California Community Colleges
Foster and Kinship Care Education Program

Apellido Legal: _____ Nombre Legal: _____ Segundo Nombre: _____

Últimos 4 Números de SSN: _ _ _ _ Primer Idioma/Segundo Idioma: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono de Celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Método de contacto preferido (elige uno): Teléfono de casa Número de teléfono celular Correo electrónico

Marque la caja apropiada:

Padres de Apoyo (Aprobado): Un Padre de Apoyo quien ha completado el proceso de aprobación a través del condado o una Agencia de Familia de Crianza (FFA).

Familia de Apoyo (Solicitante): Un individuo quien ha comenzado el proceso de RFA enviando una solicitud de RFA enviando una solicitud de RFA y / o asistido/a una orientación.

Si no eres Padre de Apoyo aprobado o Familia de Apoyo solicitante, marque una categoría abajo:

Padres de Crianza/Adoptivo con Licencia: Padres con licencia estatal o un padre/madre adoptivo/a que no se ha convertido a RFA.

Empleado de Agencia de Familia de Crianza: Una persona que trabaja para Agencia Aprobada de Familia de Crianza.

Familiar Informal/ Pariente / Familiar No Relacionado: Persona quien no está aprobado como Padre de Apoyo y no a comenzado el proceso de RFA (cuidador informal).

Empleado del Programa Terapéutico Residencial a Corto Plazo (Anteriormente, Grupo Hogar): persona que una trabaja en un hogar STRTP Grupo Hogar) con (anteriormente niños de acogida o jóvenes.

Empleado de Servicios Sociales del Condado: Una persona que trabaja para el departamento de servicios sociales del condado, como un trabajador social, servicios de protección del niño, etc.

Otro: Cualquier otro individuo que no se identifique con las categorías de participantes enumeradas anteriormente, arriba en esta lista.

Empleado de Probación del Condado: Una Persona que trabaja para el departamento de probatoria Del condado, como un official probatorio, etc.

Favor de Especificar:

Declaración de Privacidad

Esta información estadística se utilizará para mantener la precisión de archivos de los servicios proporcionados por el Programa de Foster and Kinship Care Education. Esta información asistirá al colegio a mantener la precisión de archivos de las clases que tomas. También ayudará al colegio a mantener informado de próximas clases y eventos dentro el programa de FKCE en tu colegio comunitario local. Tu nombre, número de teléfono, y parte del número de seguro social permanecerá confidencial. Datos estadísticos puede ser reportado a agencias de financiamiento. Ninguna persona sin autorización tendrá acceso a su información.

Firma _____ Fecha _____

Si desea ser notificado de futuras clases de FKCE que se ofrecen en este colegio, marque la caja abajo correspondiente:

Sí, quiero estar en su lista de correo electrónico para futuras notificaciones de clases de FKCE y / u otros eventos relacionados y usa mi información de contacto (arriba) para hacerlo.