



Formulario Consentimiento de los Padres

Consentimiento para Obtener Servicios con el School Based Youth Services Program (SBYSP)

The SOURCE está comprometido a apoyar la salud mental, el bienestar y el éxito educativo de todos los estudiantes. Creamos asociaciones públicas y privadas para garantizar servicios de calidad que sean efectivos, culturalmente apropiados y que respondan a las diversas y cambiantes necesidades de los estudiantes y sus comunidades. Cumplimos nuestra misión a través de las mejores prácticas en servicios integrales de asesoramiento, programación de prevención, defensa, apoyo académico, servicios de empleo, participación familiar, satisfacción de necesidades básicas, educación pública / foros y colaboración con socios comunitarios. TODOS los programas SOURCE son gratuitos.

Información del estudiante

Fecha _____

Nombre _____

Dirección de casa _____

Teléfono Móvil _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Género: _____

Etnicidad: Negro/afroamericano Blanco Hispano (latino) Asiático Multirracial Otro: _____

Información del Padre / Tutor

Nombre _____ Madre Padre Guardián

Teléfono Móvil _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene seguro médico? S N Nombre del proveedor: _____

¿Su hijo/a es elegible para almuerzo gratis o reducido? S N Inseguro

¿Su familia recibe actualmente algún servicio suplementario apoyado por el estado? SI NO

(Ex. DYFS, TANF, SNAP, etc?)

La participación en cualquiera de nuestros servicios es voluntaria. Se requiere consentimiento y registro. Las políticas y procedimientos escolares se aplican a todos los viajes. Si bien doy mi consentimiento para que el SBYSP le brinde servicios a mi hijo/a **NO QUIERO** que se le brinden los siguientes servicios (marque)

____ Consejería/Telesalud ____ Recreación ____ Atención de salud preventiva ____ Tutoría
____ Planificación Reproductiva / Familiar ____ Intervenciones Asistidas por Animales con Perro de Terapia Certificado (Riley)

Doy mi consentimiento para permitir que mi hijo/a sea fotografiado durante actividades o eventos con fines promocionales (impresos y virtuales) para SBYSP, la Fundación SOURCE y RBRHS y para participar en los cuestionarios del programa escolar para determinar la eficacia de nuestros servicios. SÍ NO

Doy permiso para que mi hijo/a reciba los servicios ofrecidos por The SOURCE en Red Bank Regional High School SBYSP a partir de hoy hasta que tenga 18 años o ya no esté inscrito en Red Bank Regional High School. La FUENTE colabora con otros departamentos para garantizar la continuidad de la atención. Al enviar su correo electrónico, acepta recibir información electrónica de la SOURCE y la Fundación SOURCE.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____