SAVES Program
Skills for Academic Vocational and English Studies

ADDITIONAL NOTES

Student's Name _____ ID Number _____

School Name _____ Location Number _____

DATE	TERM	NOTES	INITIALS

Revised 04-09-2018

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC CHOOLS
Skills for Academic, Vocational, and English Studies (SAVES)
INTAKE FORM

1. _____
Date/*Fecha*

2. _____
Last Name, First Name/*Apellido, Nombre*

3. _____
Address/*Dirección*

City, State, Zip Code/*Ciudad, Estado, Código Postal*

4. _____
Telephone No./*Teléfono No.*

5. _____
Name and Emergency Contact Number
Nombre y Contacto de Emergencia

6. **Eligibility Documents**:
(Attach Front and Back Copies of Documents)

a) **USCIS Document** _____
Document USCIS

b) **Date of USCIS Expiration** _____
Fecha de Expiración USCIS

c) _____
Alien Number/*Número de Residencia*

d) _____
Social Security No./*No. del Seguro Social*

e) _____
Student ID #/*# Identificación del Estudiante*

f) _____
Other Document/*Otro Documento*

g) _____
Port of Entry (City and State)
Puerto de Entrada (Ciudad y Estado)

7. **Date of Entry in USA (eligible)** _____
Fecha de Entrada a los Estados Unidos

8. **Date of Birth** _____
Fecha de Nacimiento

9. **Male**/*Hombre* **Female**/*Mujer*

10. **Country of Origin** **Cuba** **Haiti**
País de Origen
Other *(Otro)* _____

11. **Native Language** _____
Idioma Natal

12. _____
E-mail Address/Correo Eléctronico

13. **Marital Status:** **Single** **Married**
Estado Civil *Soltero(a)* *Casado(a)*
Divorced **Widowed** **Separated**
Divorciado(a) *Viudo(a)* *Separado (a)*

14. _____
Number of Children/*Número de Hijos*

15. _____
Years of Formal Education Outside of the USA/*Años de Educación Formal fuera de los Estados Unidos*

16. _____
Professional Licenses/Area of Study/*Licencia(s) Profesional(es)/ Area de Estudio*

17. _____
Employment in County of Origin/*Empleo o Profesión en su País Natal*

18. **Check one of the choices:** **Employed**/*Empleado* **Unemployed**/*Desempleado*
Elija una de las opciones:

Employer/*Empleador* _____

18a. List the position if employed _____
Diga en que posición, si estás empleado

Start Date _____ **Termination Date** _____
Fecha de Inicio *Fecha de Terminación*

18b. _____
Number of Working Hours per Week (Full-Time/ Part-Time)
Número de Horas Laboradas por Semana (Tiempo completo/Tiempo parcial)

18c. Are you self-employed? *¿Trabajas por cuenta propia?* **Yes** **No**

18d. Earnings: (Hourly)/*Ganancias: (Por Hora)* **$** _____ **Wages**/*Salario* **$** _____

18e. Access to Health Insurance/*Tienes Seguro Médico* **Yes** **No**

19. Employment Referral/*Referencia de Empleo* _____

_____

_____ _____
Student's Signature/*Firma del Estudiante* **SAVES Employee Name/Signature**

Information to be Provided upon Student Exiting from Program (s):

1. _____
Employer

2. Earnings: Hourly $ _____ **Wages $** _____

3. _____
Student's Current Address

4. _____ _____
Student's Current Telephone Number **Alternate Telephone Number**

Completion/Termination Information

1. Program Completed: Yes No Withdrawal Date _____

2. Reasons for Not Completing Program _____

_____

Disclaimer in Spanish

Al enviar esta firma electrónica, doy _____testimonio y aseguro que esta firma electrónica es juridicamente vinculante y tiene el mismo significado y peso legal que mi firma manual. También confirmo que los controles internos en los procesos establecidos se han mantenido y que las políticas y normas se siguieron con fidelidad para garantizar la autenticidad de esta firma electrónica.

Fecha: _____

REVISED EXHIBIT C3 –AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE

INSTRUCCIONES AL PROVEEDOR: Al cliente se le solicita leer y firmar la sección de los derechos del cliente en este formulario. Se requiere que el proveedor informe a cada cliente de las secciones I - VIII de este formulario y del propósito de cada una de las mismas y que solicite que el cliente marque sus iniciales en cada sección que le corresponda.

Iniciales del cliente

I. DIVULGACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por la presente me comprometo a brindar mi(s) número(s) de seguro social al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados (Florida Department of Children and Families, DCF/Refugee Service Program), si bien comprendo que no estoy obligado a hacerlo por ley. Además, autorizo al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados a utilizar mi(s) número(s) de seguro social para la verificación de identidad, ingresos, empleo y elegibilidad, así como para otros propósitos relacionados con la administración de los programas del DCF.

II. DIVULGACIÓN DE VERIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE EXTRANJEROS PARA OTORGAR BENEFICIOS (SAVE, por sus siglas en inglés)

Por la presente, autorizo la divulgación de los datos del Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés**)** que sean pertinentes a mi estatus migratorio al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y al Programa de Destrezas para Estudios Académicos, Vocacionales, y de Ingles (SAVES) para poder tener acceso a beneficios públicos federales y/o servicios para refugiados financiado por el Programa de Servicio a Refugiados.

III. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI, por sus siglas en inglés)

Por la presente, autorizo la divulgación de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) al Programa de Servicio a Refugiados con el fin de determinar mi elegibilidad para obtener servicios o una exención especial de los requisitos del programa.

IV. DIVULGACIÓN DE DATOS FINANCIEROS

Por la presente autorizo a publicar mis datos financieros al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados con el objetivo de determinar la elegibilidad para servicios, resultados de empleos o estadísticas económicas.

V. DIVULGACIÓN DE DATOS DE RESULTADOS DE EMPLEOS

Por la presente autorizo a publicar mis datos laborales al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados con el objetivo de verificar el empleo y determinar el resultado de los servicios laborales. Estos datos pueden incluir, entre otros, información del empleado (nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social), información del empleador, información del empleo (cargo, fecha de inicio más reciente y fecha de finalización, si correspondiera) e información sobre los salarios y los beneficios (tarifa de pago, promedio de horas por período de pago, sueldos, acceso a seguro de salud, etc.).

VI. DIVULGACIÓN DE DATOS DE CONTACTO PARA REALIZAR UNA ENCUESTA

Por la presente, autorizo la divulgación de mis datos de contacto: nombre completo, dirección local, número de teléfono Celular /Hogar y correo electrónico al proveedor aprobado por el Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados con el fin de realizar una encuesta para calificar mi experiencia como refugiado/a y evaluar de forma general las necesidades de los refugiados.

VII. DIVULGACIÓN DE DATOS DE CONTACTO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Por la presente, autorizo la divulgación de los siguientes datos: nombre completo, dirección local, números de teléfono Celular/Hogar, correo electrónico, calificaciones de pruebas de Educación para Adultos, documentación comprobando que completo un programa Vocacional y el nivel de *ESOL* por el Departamento de Niños y Familias de la Florida/ Programa de Servicio a Refugiados y el proveedor de Educación para Adultos financiado por el Programa de Servicios a Refugiados al proveedor de servicios de Empleo financiado por el Programa de Servicios a Refugiados con el fin de que se puedan comunicar conmigo para explicar los servicios de empleo y estudio vocacional que puede que yo sea elegible para recibir.

VIII. DIVULGACIÓN DE DATOS DE CONTACTO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE EMPLEO

Por la presente, autorizo la divulgación de los siguientes datos: nombre completo, dirección local, números de teléfono Celular/Hogar, correo electrónico y calificaciones de pruebas, si aplica, por el Departamento de Niños y Familias de la Florida/ Programa de Servicio a Refugiados y el proveedor de servicios de empleo financiado por Programa de Servicio a Refugiados al proveedor de servicios de Educación para Adultos financiado por Programa de Servicio a Refugiados con el fin de que se puedan comunicar conmigo para explicar los servicios educacionales que puede que yo sea elegible para recibir.

DERECHOS DEL CLIENTE

- Tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento al escribirle al Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y al Programa de Destrezas para Estudios Académicos, Vocacionales, y de Ingles (SAVES).
- Entiendo que el firmar la presente autorización es voluntario y que mi tratamiento, pago, matrícula o elegibilidad para recibir beneficios no depende de mí autorización de esta divulgación.
- Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente y que puede que dicha re-divulgación ya no sea protegida por la ley estatal o federal.
- El Departamento de Niños y Familias del Estado de la Florida/Programa de Servicios para Refugiados y el Programa de Destrezas para Estudios Académicos, Vocacionales, y de Ingles (SAVES) me proveerá una copia de este formulario si la solicito.
- Comprendo que esta autorización caducará al finalizar mi período de elegibilidad para Servicios de Refugiados (5 años desde la fecha de entrada), a menos que especifique otra fecha diferente.
- Mi firma a continuación indica que he leído este formulario en su totalidad, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que autorizo el uso de una copia de este formulario para la divulgación de los datos descritos anteriormente.

Nombre del cliente	**Firma del cliente**	**Fecha**

Provider Use Only: I have explained this form and its purpose to the client and the client has refused to sign. (He explicado esta forma y su propósito al cliente y el cliente se ha negado a firmar.

Provider Signature	Date

Disclaimer in Spanish

Al enviar esta firma electrónica, doy _____testimonio y aseguro que esta firma electrónica es juridicamente vinculante y tiene el mismo significado y peso legal que mi firma manual. También confirmo que los controles internos en los procesos establecidos se han mantenido y que las políticas y normas se siguieron con fidelidad para garantizar la autenticidad de esta firma electrónica.

Fecha: _____

Miami-Dade County Public Schools

SAVES Program

School Name: _____

School Address: _____

School Fax: _____

SAVES Contact: _____

SAVES EMPLOYMENT REFERRAL

For Job Placement by Refugee Services Founded- Employment Provider

CLIENT INFORMATION:

NAME _____

SOCIAL SECURITY # _____ **Alien #** _____ **Phone #** _____

ADDRESS _____**CITY and STATE** _____ **ZIP**_____

INTAKE DATE _____

ESOL _____ **VOCATIONAL TRAINING** _____ **OTHER** _____

REFERRED TO SERVICE PROVIDER DATE: _____

LIST FOUR LOCAL PROVIDERS NEAR YOUR SCHOOL

Provider Name _____ Provider Address _____ Citi, State, Zip _____ Provider Telephone _____	Provider Name _____ Provider Address _____ Citi, State, Zip _____ Provider Telephone _____
Provider Name _____ Provider Address _____ Citi, State, Zip _____ Provider Telephone _____	Provider Name _____ Provider Address _____ Citi, State, Zip _____ Provider Telephone _____

TO BE COMPLETED BY SERVICE PROVIDER

Service Provider_____ **Address:** _____

Contact Person Name _____**Signature** _____

Telephone _____ **Enrollment Date** _____

REQUEST* BY CUSTOMER OR COMPANION WHO IS DEAF OR HARD OF HEARING FOR FREE COMMUNICATION ASSISTANCE

The Florida Department of Children and Families and its Contracted Client Services Providers are required to provide FREE interpreters or other communication assistance for persons who are deaf or hard-of hearing. Please tell us about your communication needs.

My name is _____.

☐ I want a free interpreter. I need an interpreter who signs in:

- ☐ America Sign Language (ASL) or an interpreter who speaks:
- ☐ Language: _____ Dialect: _____

☐ I want another type of communication assistance (check all desired assistance):

- ☐ Assistive Listening Devices ☐ Large Print Materials ☐ Note Takers
- ☐ TTY or Video Relay ☐ Assistance Filling Out Forms ☐ Written Materials ☐ CART
- ☐ Other (please tell us how we can help you): _____

_____

☐ I do not want a free interpreter or any other communication assistance. If I change my mind, I will tell you if I need assistance for my next visit. ***(Customer or Companion waiver of rights does not prevent the Department from getting its own interpreter or from providing assistance to facilitate communication and to make sure rights are not violated.)***

WAIVER OF FREE COMMUNICATION ASSISTANCE

☐ I do not want a free interpreter because _____.

☐ I choose _____ to act as my own interpreter. He/she is over the age of 18. ***This does not entitle my interpreter to act as my Authorized Representative. I also understand that the service agency may hire a qualified or certified interpreter to observe my own interpreter to ensure that communication is effective.***

Customer's or Companion's Signature:	Date:
Customer's or Companion's Printed Name:	
Interpreter's Signature:	Interpreter's Printed or Typed Name:
Witness's Signature:	Date:
Witness's Printed Name:	

*This form shall be attached to the Customer or Companion Communication Assessment and Auxiliary Aid/Service Record (form CF 761) and shall be maintained in the Customer's file.

Disclaimer in Spanish

Al enviar esta firma electrónica, doy _____testimonio y aseguro que esta firma electrónica es juridicamente vinculante y tiene el mismo significado y peso legal que mi firma manual. También confirmo que los controles internos en los procesos establecidos se han mantenido y que las políticas y normas se siguieron con fidelidad para garantizar la autenticidad de esta firma electrónica.

Fecha: _____

S A V E S

"PROGRAMA DE DESTREZAS PARA ESTUDIOS ACADEMICOS, VOCACIONALES Y DE INGLÉS"

CONTRATO DEL ESTUDIANTE

OBJETIVO DEL PROGRAMA SAVES: Proporcionar servicios de educación para los refugiados adultos, servicios de capacitación profesional y becas para incrementar el potencial de empleo de los refugiados elegibles/clientes participantes que viven en el Condado de Miami-Dade, Florida.

BENEFICIOS: Como estudiante del programa SAVES, usted es elegible para los siguientes beneficios, dentro de los primeros sesenta (60) meses a partir de la fecha en la cual entró a los Estados Unidos o dentro de sesenta (60) meses a partir de la fecha en la cual recibió el asilo:

- ✓ Clases de Inglés/GED/Preparación para la Ciudadanía
- ✓ Libros /Materiales de Instrucción (serán recibidos después de asistir a clases 15 horas)
- ✓ Capacitación Profesional hasta tres (3) trimestres
- ✓ Referidos de Empleo y para el Cuidado de Niños (si fuese necesario)
- ✓ Asesoramiento de cursos/Asesoramiento acerca de la asistencia
- ✓ Matrícula incluye cursos/niveles AGE (Adult General Education) por trimestre

RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE:

1. Si un estudiante no demuestra el progreso documentado en un curso durante cualquier trimestre, tendrá que volver a pagar la matrícula de $ 35,00 para poder repetir el curso.
2. El estudiante debe mostrar el progreso documentado o puede que le sean negados los beneficios y después de un tercer intento en un nivel, serán suspendidos los servicios.
3. Se espera que el estudiante tenga asistencia satisfactoria para recibir/mantener los beneficios.
4. El estudiante debe informar a todas las personas pertinentes, si va a estar ausente.
5. El estudiante debe informar a todas las personas pertinentes, si se va a dar de baja de la clase.
6. Se espera que el estudiante devuelva los libros/materiales si se va a dar de baja de la clase.
7. Los estudiantes de ESOL del programa SAVES necesitan matricularse con suficiente antelación en el trimester para acumular 70 horas de instrucción para poder recibir beneficios.
8. Los estudiantes de ESOL/ABE del program SAVES que estén listos para tomar la post-prueba, y no la tomen, serán cerrados fuera del programa hasta que vuelvan a tomar la prueba.

Yo, _____ he leído el Contrato del Estudiante del programa SAVES y me comprometo a cumplir sus requisitos.

_____ _____

Firma del Estudiante Fecha

_____

Firma del Representante del Programa SAVES

Rev. 09-18-2018

Disclaimer in Spanish

Al enviar esta firma electrónica, doy _____testimonio y aseguro que esta firma electrónica es juridicamente vinculante y tiene el mismo significado y peso legal que mi firma manual. También confirmo que los controles internos en los procesos establecidos se han mantenido y que las políticas y normas se siguieron con fidelidad para garantizar la autenticidad de esta firma electrónica.

Fecha: _____