## Formulario de Inscripción para Estudiantes de High School High Tech 2025-26

Fecha de inscripción_____ _____ Neuvo Estudiante de HSHT o ____ Regresando Estudiante

*Información del Estudiante*
**Indica información requierida*

Nombre*_____

Escuela* _____Nombre del HSHT/Condado*:_____

Dirección* _____Ciudad* _____Código Postal* _____

Numero de Telefono_____ Email*_____

Fecha de Nacimiento* _____ Último 4 números del Seguro Social _____

Grado* _____

Sexo/género*: _____

*Información del Padre/ Guardián*

Padre/Guardián 1 Nombre*_____

Telefono _____ Correo Eelectrónico* _____

Padre/Guardián 2 Nombre*_____

Telefono_____ Correo Eelectrónico _____

Tipo de documentación de discapacidad*:
____ 504 Plan
____ Plan de Educación Individualizada (IEP)
____ Carta firmada de la escuela que documenta la discapacidad
____ Carta de concesión de beneficios del Seguro Social
____ Documento de diagnóstico de discapacidad del psicólogo escolar
____ Formulario de derivación para servicios de transición prelaboral, con la identificación de la discapacidad del estudiante, firmado por el personal escolar y el padre/guardián (si el estudiante es menor de 18 años).

El programa HSHT ha obtenido la autorización de los padres/guardián *.
_____ Si _____ No

## Formulario de Inscripción para Estudiantes de High School High Tech 2025-26

Si el padre/tutor optó por NO participar en el programa de derivación a realidad virtual, marque aquí* ____

Información adicional del estudiante
** Indica información requierida*

Discapacidad principal del estudiante (seleccione uno)*

____ Autismo
____ Sordera
____ Cognitiva/Intelectual
____ Sordoceguera
____ Trastorno Emocional
____ Discapacidad auditiva
____ Discapacidad ortopédica
____ Dificultades específicas del aprendizaje
____ Trastorno del habla o del lenguaje
____ Lesión cerebral traumática
____ Discapacidad visual (incluida la ceguera)
____ Discapacidades múltiples ("que causa dificultad en el aprendizaje")
____ Prefiero no revelarlo____ Otro problema de salud (TDAH, asma, diabetes, epilepsia, lista problemas de salud)

_____

____ Otra discapacidad fisiológica, psicológica o mental, (Por favor, descríbalo)

_____

Programa de Diploma
____ Programa de 18 créditos
____ Programa de 24 créditos
____ Programa de 24 créditos con competencias académicas y laborales
____ Programa de 24 créditos con evaluación alternativa
____ Certificado Internacional
____ Avanzado Bachillerato Internacional

Fecha prevista de graduación (mes/año): _____/_____

Plan de educación postsecundaria/transición
____ Empleo
____ Servicio militar
____ Otro: _____
_____Colegio comunitario/Universidad de cuatro años
_____ Indeciso
____ Formación profesionalEmployment

## Formulario de Inscripción para Estudiantes de High School High Tech 2025-26

Se le ha entregado al estudiante un paquete de inscripción que contiene, mínimo:
*DOE/DVR Guide to Servicios de transición laboral;*

- *Hoja informativa para estudiantes y familias del programa Able Trust/VR HSHT; y*
- *Información de contacto de la oficina local del Departamento de Educación/VR.*

_____ Si _____ No

El estudiante es beneficiario de:

____ APD- Agencia para Personas con Descacidades
____ DBS- División de Servicios para Ciegos
____ DCF/Acogimiento familiar/Departamento de Niños y Familias
____ DJJ- Participación del Departamento de Justicia Juvenil
____ MHO- Servicios de divulgación de salud mental
____ SSDI- Seguro de Incapacidad del Seguro Social
____ SSI- Ingreso de Seguridad Suplementario
____ TANF- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
____ VR- División de Rehabilitación Vocacional
____ WIOA- Servicios de la Ley de Oportunidades de Inversión en la Fuerza Laboral

Raza/Etnia

____ Blanco
____ Negro o afroamericano solo
____ Indígena americano y nativo de Alaska solo
____ Asiático solo
____ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico
____ Alguna otra raza sola
____ Dos o más razas

# FLORIDA HSHT STUDENT ENROLLMENT PACKET 2025 – 2026

## AUTORIZACIÓN PATERNA

*PADRE/ GUARDIÁN: MARQUE LA CASILLA Y FIRME PARA OTORGAR SU PERMISO. SI LA CASILLA NO ESTÁ MARCADA, SE ENTENDERÁ QUE NO OTORGA SU PERMISO.*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

☐ Autorizo al estudiante mencionado anteriormente a participar en High School High Tech, un programa de The Able Trust y su subcontratista. La información recopilada en este formulario se utilizará para fines de inscripción y recopilación de datos para la elaboración de informes para el Estado de Florida y los financiadores del programa.

☐ Otorgo a The Able Trust y a sus subcontratistas permiso para utilizar el nombre y la imagen del estudiante mencionado anteriormente en materiales promocionales, con fines educativos y para actividades de recaudación de fondos. Además, autorizo al estudiante mencionado a interactuar con representantes de los medios de comunicación en relación con el programa High School High Tech.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián Fecha

<u>Aviso a los padres y consentimiento para compartir información de identificación personal.</u>

El programa High School High Tech, en el que el estudiante mencionado anteriormente ha decidido participar, se imparte en colaboración con el Departamento de Educación de la Florida, División de Rehabilitación Vocacional. Para demostrar que el estudiante cumple los requisitos para participar en este programa, se debe presentar documentación que lo identifique como estudiante con discapacidad (por ejemplo, un Plan de Educación Individualizado o un Plan 504).

De conformidad con la Regla 6A-6.03028(3)(c) del Código Administrativo de la Florida, se debe obtener el consentimiento antes de divulgar información de identificación personal (IIP) a los funcionarios. La IIP puede incluir el nombre del estudiante, la clasificación de estudiante con necesidades especiales, la fecha de nacimiento, información psicológica, educativa, médica y cualquier otra información que se considere apropiada para documentar la condición de discapacidad del estudiante.

Por favor, indique si da su consentimiento o lo rechaza. Asegúrese de firmar y fechar el formulario antes de entregárlo .

# FLORIDA HSHT STUDENT ENROLLMENT PACKET 2025 – 2026

Entiendo que mi consentimiento para compartir información personal con la División de Rehabilitación Vocacional de Florida es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Puedo optar por no solicitar los servicios de rehabilitación vocacional o cerrar mi caso en cualquier momento.

☐ Doy mi consentimiento para que el proveedor comparta información de identificación personal sobre mi hijo/a con la División de Rehabilitación Vocacional.

☐ NO doy mi consentimiento para que el proveedor comparta información personal identificable sobre mi estudiante con la División de Rehabilitación Vocacional.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián Fecha