



CLASS: _____	LEVEL: _____
DATE: _____	Tutor(s): _____

English Language Acquisition for Adults (ELAA) - Adquisición del Idioma Inglés para Adultos (ELAA)

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____

Nombre
Apellido

DOMICILIO: _____

Numero de casa
Nombre de Calle
Apt. #
Ciudad
Estado
Código Postal

NÚMERO DE TELEFONO: **EN CASA:** _____ **CELULAR:** _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ @ _____ . _____

REFERIDO POR: (¿Cómo se enteró de las clases de inglés de Literacy Connects que se ofrecen en este lugar?)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Goodwill | <input type="checkbox"/> Sitio web _____ |
| <input type="checkbox"/> Educación de adultos - colegio Pima | <input type="checkbox"/> Escuela de hijo _____ | <input type="checkbox"/> Tele/Radio _____ |
| <input type="checkbox"/> Agencia del gobierno - Pima County 1 stop | <input type="checkbox"/> Amigo/a o Familiar _____ | <input type="checkbox"/> Empleado _____ |
| <input type="checkbox"/> YWCA | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

SEXO: Masculino Femenino **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____ **EDAD:** _____

MES
DIA
AÑO

PAÍS DE NACIMIENTO: _____

RAZA / ETNICIDAD:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Africano | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino |
| <input type="checkbox"/> Medio Oriente | <input type="checkbox"/> Americano Indígenas |
| <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

EDUCACIÓN (MARQUE UNO):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria K-4 | <input type="checkbox"/> Certificado de Carreras Técnicas |
| <input type="checkbox"/> Secundaria 5-8 | <input type="checkbox"/> Algunas clases Universitarias |
| <input type="checkbox"/> Preparatoria 9-12 | <input type="checkbox"/> Graduado de Universitario |
| <input type="checkbox"/> Diploma de Prepa. | <input type="checkbox"/> Títulos de Posgrado |
| <input type="checkbox"/> GED/HSE | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

OCUPACIÓN: ¿Qué haces AHORA? _____

Si no está trabajando, ¿qué hizo ANTES, cuando estaba trabajando? _____

TRABAJO (MARQUE UNO):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Buscando trabajo | <input type="checkbox"/> Jubilado/a |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Medio tiempo | <input type="checkbox"/> Estudiante |
| <input type="checkbox"/> Trabajador independiente | <input type="checkbox"/> Discapacitado/a |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

IDIOMA(S): (TODOS LOS QUE HABLAS, LEES, Y/O ESCRIBES)

¿CUANTOS NIÑOS EN SU HOGAR MENOR DE 19 AÑOS? _____ **¿EIDADES DE ESOS NIÑOS?** _____

OBJETIVOS QUE QUIERO OBTENER:

(COMPROBAR TODOS LOS QUE SE APLICAN)

- Comunicarme mejor en inglés
- Mejorar mi empleo
- Ayudar a mi hijo con la tarea y la educación
- Mejorar la salud y el bienestar (autoestima o familia)
- Conseguir mi GED/HSE

- Ingresar a la universidad
(o Programa de Capacitación Laboral)
- Obtener la ciudadanía de EE.UU.
- Regístrese para votar o votar
- Obtener una tarjeta de la biblioteca
- Aprender habilidades de computación
- Otro _____

ANTECEDENTES DEL APRENDIZAJE DEL LENGUAJE

Date survey entered into database _____

Número de AÑOS estudiando inglés _____

¿DÓNDE has tomado clases ANTES? _____

¿DÓNDE MÁS estás tomando clases AHORA? _____

¿Es usted un estudiante internacional? ____ Sí ____ No ¿Es usted un visitante temporal? ____ Sí ____ No

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

- Estoy participando en un programa de la biblioteca (las clases de inglés ofrecidas por la agencia Literacy Connects).
- Estoy de acuerdo en compartir mi información personal con Literacy Connects, la agencia que colabora con la biblioteca.
- Entiendo que esta información es confidencial y será utilizada solamente por Literacy Connects para propósitos de presupuesto, evaluación y planificación en el futuro.

FIRMA: _____

FECHA: _____



FOR OFFICE USE ONLY
Entered into Database:

_____ Date _____ Initials

_____ DPO #

For TUTOR Use ONLY

Class Time: Morning Noon Evening

Please Indicate Student Level:

- Beginning High Beginning Intermediate
- High Intermediate Advanced Other _____

TUTOR initials (once student has filled out form COMPLETELY) _____