



PARA USO DEL PERSONAL	
Nombre Del Programa	
Fecha de Inscripción	

Forma De Inscripción Para Adultos

¡Bienvenidos a Latino Network! Por favor tome un momento para completar nuestra forma de inscripción. Su información es privada y confidencial. Solo el personal de Latino Network tendrá acceso a esta información. Si usted es un participante regular, tendrá que completar esta forma cada año de servicio*, para así tener información de usted mas reciente. ¡Gracias!

Apellido:		Primer Nombre:	
Segundo Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Domicilio del Hogar:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono Móvil:	Correo Electrónico:		
Nombre de la Escuela (si el programa está ubicado en una escuela):			
¿Cual es su lenguaje preferido?			
<i>Primer lenguaje hablado en casa:</i>			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Cantones <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro (por favor indique):			
¿Cuál es su genero?			
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> Expresión No Binario De Género <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Otro (por favor indique):			
¿Cuál es su raza o etnicidad? Por favor indique todos los que apliquen:			
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Centro Americano <input type="checkbox"/> Suda Americano <input type="checkbox"/> Afro Latino/a <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Otro Hispano o Latino (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Karen <input type="checkbox"/> Zomi <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Asia del Sur <input type="checkbox"/> Asia de la India <input type="checkbox"/> Otro Asiático (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> Africano/Africano Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Congolés <input type="checkbox"/> Eritrea <input type="checkbox"/> Otro Africano (por favor indique): _____ <input type="checkbox"/> Caribeño <input type="checkbox"/> África del Norte <input type="checkbox"/> Otro Negro (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit de Canadá, Metis, o Primera Nación			
<input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Tongan <input type="checkbox"/> Chuukese <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameña/o o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacifico (por favor indique): _____			
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Niego contestar			
Por favor circule el numero que indiqué cuantos años de estudio completo:			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4 Otro (por favor indique):			
¿Está registrado para votar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene alguna condición/necesidad especial que requiera acomodaciones para su participación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , por favor describa:			

*El personal coleccionará esta forma de los participantes que regresan a nuestros programas a finales de octubre de cada año.

INGRESO DEL HOGAR

A pesar de que la participación en nuestros programas no requiere que nuestros participantes cumplan criterio financiero, en ocasiones nuestros financiadores nos preguntan que reportemos datos de demografía de ingresos de nuestros participantes. Esa información también nos ayudara a identificar participantes que necesiten y califiquen para servicios adicionales que ofrecemos o que podamos referir a otros proveedores de servicios. Si se siente cómodo en revelar sus ingresos anuales, por favor **responda a la pregunta siguiente**.

¿Cuáles son los ingresos mensuales en total para la familia? _____

Si usted **NO** quiere relevar sus ingresos mensuales, por favor marque esta caja: **Prefiero no contestar**

¿Cuántos individuos en total viven en su hogar? _____

Pregunta de Indagación de Incidentes o Crímenes de Odio

Dado nuestro clima político, estamos escuchando de más ataques, sean verbales o físicas, que aparecen motivados por el odio hacia los inmigrantes u otros grupos. Los incidentes a veces son tan severos que son elevados a crímenes de odio, pero todo incidente impacta a un individuo y la comunidad y es importante saber con que frecuencia y dónde están ocurriendo. Latino Network es parte del proyecto de Portland en Contra del Odio (siglas en Ingles- PUAH), cuyo objetivo es coleccionar información sobre incidentes de crímenes de odio o incidentes de odio in Portland Metropolitana o área. El gol de recolectar esta información es para mejorar cómo se reportan estos incidentes para informar decisiones políticas y apoyar a los miembros de la comunidad que han experimentado este tipo de incidentes. Su información sigue siendo confidencial al menos que usted quiera lo contrario.

Ha experimentado, ha sido testigo, o ha escuchado de un crimen de odio o incidente de odio **en el último año**? Sí No
Quiere que alguien le contacte sobre este incidente? Sí No

ACUERDO DE PARTICIPACION

Yo estoy de acuerdo en participar en los programas de Latino Network. Entiendo que al participar en los programas de Latino Network exonero de cualquier responsabilidad a Latino Network, sus empleados, contratistas y/o voluntarios en caso de cualquier lesión o daños incurridos durante o relacionados con mi participación. También entiendo que tendré que seguir las reglas de comportamiento y seguridad comunicadas en persona o por escrito por el personal y que Latino Network reserve el derecho de retirar o mandar a casa a participantes en caso de mal comportamiento. En caso de emergencia, doy permiso a Latino Network para obtener el acceso médico necesario, y/o tratamiento médico y/o procedimientos. Finalmente, doy permiso a Latino Network, sus empleados, contratistas, y/o voluntarios a transportarme a actividades relacionadas con el programa, como excursiones a pie, excursiones especiales de interés, y cualquier otra excursión, incluyendo excursiones a otros estados. También confirmo la autenticidad de la información que he dado en esta forma la cual ha sido completada a mi mejor capacidad.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ FECHA _____

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION

Entiendo que para proveer el mejor servicio posible, es necesario que Latino Network colecciona información sobre mí, como información en esta forma. Entiendo que la información personal otorgada al programa sobre mí y/o mi familia no puede ser compartida sin mi autorización previa y por escrito, al menos que sea para mi seguridad.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ FECHA _____

AUTORIZACION PARA EL USO DE FOTO Y VIDEO

Fotos pueden ser tomadas de los participantes de Latino Network y usadas para materiales escolares, folletos para la comunidad, y materiales educativos y promocionales, que pueden ser en formato de imprenta, en el internet, o video/audiovisual.

¿Pueden nuestros programas tomar fotos de usted y usarlas para los motivos expuestos arriba? Sí No

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____ FECHA _____



**Completar esta forma es opcional y completamente voluntario.*

Nombre: _____ Fecha: _____

Doctor/Clinica: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro Medico: _____ Numero del Plan o Grupo: _____

¿Tiene usted seguro medico? Yes No

Si la respuesta es **no**, le gustaría una referencia para el Plan Medico de Oregon (OHP) u otro seguro medico? Yes No

Por favor indique cualquier condición que le gustaría que conociéramos y que pueda afectar su participación en actividades, incluyendo condiciones medicas y/o alergias (ejemplo: asma, alergias a la medicina, alergias que requieran "Epi-pen," o botiquín para picaduras de insectos). Por favor también indique cualquier estado emocional, lo que le causa tensión, o algún cambios de vida que usted piense que debemos conocer.

Nota: Por favor llame a Latino Network al (503) 283-6881 para reportar cualquier cambio a la información reportada arriba. Es muy importante que esta información este actualizada en todo momento para mejor servirles en caso de emergencia.

Yo le doy a Latino Network mi permiso para llamar al 911 y obtener tratamiento en caso de una emergencia medica.

Firma: Participante

Nombre Impreso: Participante

Fecha