



**CIS PARENT CONSENT / RELEASE OF INFORMATION**  
**School Year 2019-2020**

# CI19-2

**Consent to Participate:**

1. I give permission for my child (name): \_\_\_\_\_ to participate in the Communities In Schools (CIS) program for the 2019-2020 school year. Services my child may receive include but are not limited to supportive guidance/counseling, educational support, tutoring, mentoring, enrichment activities, referrals to other agencies, and other: \_\_\_\_\_.
2. I give permission for my child to complete surveys and/or assessments administered by CIS to guide service planning and determine progress.
3. I acknowledge that this consent is voluntary and may be revoked at any time by informing CIS staff, in writing, except that prior consent will still apply to the extent that agencies have already acted in reliance of it.

**Consent to Release of Information:**

4. I give permission for CIS to provide and obtain the following information about my child (name): \_\_\_\_\_ from the school, school district, the Texas Education Agency and/or the CIS National Office grade reports, attendance records, test scores, disciplinary information, class schedules, identification numbers, free/reduced lunch status, health-related information, special education information, interventions and services provided, and other: \_\_\_\_\_.
5. I acknowledge that the information provided and obtained may be used to plan and adjust services that will help my child, for tracking and reporting purposes, and to evaluate and determine the effectiveness of the CIS program.
6. I acknowledge that the records and information released under this consent will be kept confidential to the extent permitted by law and used only for the purpose indicated.
7. I acknowledge that the release of records under this consent is subject to any limitations placed by federal and state law.
8. I acknowledge that this consent allows release of data for the school year listed above. Data from this year will be retained for up to five years and may be shared during that time for evaluation purposes or to provide services that will help my child.
9. I acknowledge that the records released concerning the student may contain references to other persons (i.e., members of the student's family).
10. I understand that the data and information collected on my child including documentation of services provided to my child is maintained in a secure computer database and a case file. I authorize CIS to maintain the information provided for the purposes noted above in the CIS computer database and case file.
11. I acknowledge that I have the right to inspect or obtain a copy of any record released by this consent upon request in writing to the releasing agency, subject to any applicable copying costs and legal limitations.

12. In addition, I give permission for CIS to provide and/or obtain the above information and other information noted below from the following individuals or organizations:

Individual/Organization _____	Information to be Released _____
Individual/Organization _____	Information to be Released _____

**Is my child eligible for free or reduced priced lunch?**     YES     NO

**CIS may use photograph(s) or video footage of my child for marketing purposes**     YES     NO

**My signature below gives permission for my child to participate in the CIS program. My signature authorizes CIS to obtain the above types of information related to my student and to provide the above types of information to the school, school district, Texas Education Agency, CIS National Office and/or the released agents identified above.**

I release Communities In Schools and its employees, volunteers, or agents from liability for accidents, injuries, or illnesses that may occur to my child during his/her participation in the program. My child and I understand that we are voluntarily participating in the Communities In Schools program.

**Parent/Guardian Name** (Please print): \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ *(Signature must be in ink)*

**Telephone** \_\_\_\_\_ **Email** \_\_\_\_\_

**CIS Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date Received:** \_\_\_\_\_



Doy permiso a mi hijo(a): \_\_\_\_\_ Para participar en el programa de Comunidades en las Escuelas (Communities In Schools (CIS)) en el distrito de \_\_\_\_\_ en el año escolar \_\_\_\_\_ 2019-2020

Al firmar este Consentimiento de Padres/Cede de Información:

- 1. Doy permiso a mi hijo(a) para que participe en el programa. Los servicios pueden incluir, pero no están limitados a la orientación o consejería, apoyo educacional, tutoría, mentoreo, actividades de enriquecimiento, administración de pruebas, y referencias a otras agencias cuando sean necesarias.
2. Doy permiso a mi hijo(a) para que participe en excursiones y otras actividades patrocinadas por CIS. El transporte privado puede ser utilizado en estas u otras actividades.
3. Doy permiso para que se provee tratamiento médico o dental rutinario o de emergencia, por un médico licenciado, en caso de enfermedad o accidente si no pueden ponerse en contacto conmigo.
4. Reconozco que este consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento al informar al personal de CIS, por escrito, excepto el consentimiento anterior que seguirá vigente si las agencias ya han tomado acciones al depender en el.
5. Reconozco que los récords e informaciones cedidas bajo este consentimiento se mantendrán en confidencia a la extensión de la ley y serán utilizados sólo para el propósito indicado.
6. Reconozco que la cede de récords bajo este consentimiento está sujeta a cualquier limitación puesta por la ley federal y estatal.
7. Entiendo que los datos e información colectada de mi hijo(a) es mantenida en una base de datos segura en computadora y en archivo de casos. Esta información es utilizada por CIS para documentar servicios proveídos a los estudiantes y familias con el propósito de llevar la cuenta y reportarlo. También entiendo que CIS puede usar la información para actualizar la información de servicios, proveer información de clausura o seguimiento, y evaluar y determinar la efectividad del programa. Autorizo a CIS para que mantenga la información proveída para los propósitos notados arriba en la base de datos en computadora y archivo de casos.
8. Reconozco que este consentimiento permite la cede de datos por un año. Los datos de este año pueden ser retenidos hasta cinco años y pueden ser compartidos después de ese año para propósitos de evaluación o para proveer servicios que ayudarán a mi hijo(a).
9. Reconozco que los récords que sean cedidos con respecto al estudiante pueden también contener referencias a otras personas como los miembros de la familia del estudiante.
10. Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar y que puedo obtener una copia de cualquier récord cedido para este contenido al pedirlo por escrito a la agencia que cedió los datos, sujeto a cualquier costo de copias y limitaciones legales.
11. Reconozco que CIS puede proveer y obtener la siguiente informacion de la escuela y Texas Education Agency para poder proveer servicios que ayudaran a mi hijo/a y para propósitos de evaluacion. Informacion coleccionada de o proporcionada a la escuela y Texas Education Agency pueden incluir: calificaciones, records de asistencia, calificaciones de los exámenes estatales, referencias de disciplina, alimentos gratis/reducidos, informacion relacionada a la salud, y, Otro: \_\_\_\_\_

Ademas, CIS puede proveer y obtener la informacion de arriba a las siguientes agencias locales:

- 12. [ ] SI [ ] NO \_\_\_\_\_, una agencia local,
[ ] SI [ ] NO \_\_\_\_\_, una agencia local.

13. [ ] SI [ ] NO CIS puede usar fotografía o video foto(s) de mi hijo(a) para propósitos del programa.

¿Está recibiendo mi familia asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)? [ ] SI [ ] NO
¿Tiene mi hijo(a) cobertura de seguro médico? [ ] SI [ ] NO

Mi firma abajo autoriza a CIS para que provea el tipo de información arriba relacionada a mi estudiante a Texas Education Agency y a las agencias autorizadas en este permiso (al pedirlo) y autoriza a CIS para obtener información del distrito escolar.

Eximo a CIS y sus empleados, voluntarios, y/o agentes de toda responsabilidad en caso de accidentes, heridas, o enfermedades que puedan ocurrir a mi hijo(a) durante su participación en el programa.

Mi hijo(a) y yo entendemos que estamos voluntariamente participando en el programa de Comunidades en las Escuelas.

Nombre de Padre/Guardián (Letra molde): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: Texas Zip: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Número de teléfono en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Padre/Guardián (Firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Firma debe de ser en tinta)

Firma de representante de CIS: \_\_\_\_\_ Fecha que fue recibido: \_\_\_\_\_

(Firma debe de ser en tinta)



Communities in Schools  
Student Goals

Student's Name: \_\_\_\_\_

Grade \_\_\_\_\_

GOALS: We are helping to set goals for our CIS students. Please mark the area(s) that we can best serve the student's needs:

Academic Issues	
Grades	<input type="checkbox"/>
Academic Readiness	<input type="checkbox"/>
Homework Completion	<input type="checkbox"/>
Language Skills (ELL/LEP)	<input type="checkbox"/>
Classroom Participation	<input type="checkbox"/>
STAAR/EOC Readiness	<input type="checkbox"/>
College Readiness	<input type="checkbox"/>
Attendance Issues	
Absences	<input type="checkbox"/>
Tardies	<input type="checkbox"/>
Behavior Issues	
Classroom Conduct	<input type="checkbox"/>
Delinquent Conduct	<input type="checkbox"/>
Emotional Crisis	<input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/>
Family Conflict	<input type="checkbox"/>
Self Esteem	<input type="checkbox"/>
Social Skills	<input type="checkbox"/>
Suspected Gang Involvement	<input type="checkbox"/>
Suspected Substance Abuse	<input type="checkbox"/>
Violence	<input type="checkbox"/>
Managing Grief	<input type="checkbox"/>
Basic Needs Access:	
Food	<input type="checkbox"/>
Clothing/Uniforms	<input type="checkbox"/>
Health Access:	
Vision	<input type="checkbox"/>
Dental	<input type="checkbox"/>
Medical	<input type="checkbox"/>

Any other information you feel we need in order to help the student have a more successful school year:

---



---

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

METAS: Estamos ayudando hacer metas para nuestros estudiantes de CIS. Porfavor marque las areas en que nosotros Podemos servir a los estudiantes de la major manera:

<b>Habilidades Academicas</b>	
Grados	
Utiles Escolares	
Terminacion de Tarea	
Participacion en la Clase	
Acceso a la Preparación Universitaria	
<b>Habilidades de Comportamiento</b>	
Conducta en la Clase	
Crisis Emocional	
Mantenimineto de Salud Mental	
Resolucion de Conflicto Familiar	
Autoestima	
Habilidades para lidiar con el Dolor y la Perdida	
Habilidades sociales	
Sospecha de participación en pandillas	
Sospechoso Abuso de Sustancias	
<b>Servicio Social</b>	
<b>Necesidades básicas:</b>	
Comida	
Ropa/ Uniforme	
<b>Acceso a la Salud</b>	
Vision	
Dental	
Medico	
Carrera / Habilidades de Empleo	
<b>Carrera / Habilidades de Empleo</b>	
Asistencia	
Retrasos	

Cual quier informacion que usted crea ser necessaria para nosotros hacer el ano escolar mas exitoso, por favor de escribirlo abajo.

---



---

\_\_\_\_\_  
Firma del padre.

\_\_\_\_\_  
Fecha