



Sesión de información para los estudiantes:

16 y 17 de enero
RHS a las 6-7
(solo asiste a uno)

Sesión de información para los padres:

16 y 17 de enero
RHS a las 6-7
(solo asiste a uno)

Sesiones de Invierno 2018

Cada martes durante 6 semanas:

6 de febrero

13 de febrero

20 de febrero

27 de febrero

6 de marzo

13 de marzo

Horario: 5:30 cena –
6:00pm a 8:00pm taller

Recuerde que tenemos cena para todos y cuidado para los niños pequeños.

Pregunta e insíbete en la escuela con:

Anna Browne

Juntos Coordinator

Anna.Browne@oregonstate.edu

(541) 567-8321

o

Betsy Shane

GearUp Coordinator

Betsy.Shane@morrow.k12.or.us

(541)-481-2525

Juntos

Riverside High School

Invierno 2018

Un programa diseñado ¡EN ESPAÑOL! para nuestras familias latinas

“La Educación como una meta familiar. La mejor herencia que le pueden dar los padres a sus hijos.”



Oregon State
University



ESTAN INVITADOS

¿Qué es Juntos?

Juntos es un programa gratuito que ofrece a familias latinas el conocimiento y los recursos necesarios para tener éxito académico y crear metas para su futuro. Los participantes también pueden ser parte del club Juntos en su escuela, asistir a visitas universitarias, actividades mensuales, y más.

El futuro de la educación superior es prometedor y gratificante, da la posibilidad a todos de encontrar un campo sólido y en igualdad de oportunidades.

El programa incluye alimentación y cuidado de los niños menores mientras los estudiantes y sus padres familiar interesado en apoyarlos participan en el taller.

Los talleres son una vez por semana durante 6 semanas. **¡SÓLO DOS HORAS POR SEMANA!** En las sesiones tratamos temas muy importantes cada uno de los talleres es distinto y para cada uno se entrega la información y materiales de apoyo.

Por favor comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta sobre el programa Juntos. Para más información también puede visitar la página de web: <http://opencampus.oregonstate.edu/programs/juntos/>

Servicio de Extensión de Oregon State University ofrece programas educativos, actividades y materiales sin discriminación basada en la edad, color, discapacidad, identidad o expresión de género, estado civil, nacionalidad, raza, religión, sexo, orientación sexual o condición de veterano. Servicio de Extensión de la Universidad del Estado de Oregon es un Empleador de Igualdad de Oportunidades. Si usted tiene una discapacidad que requiere consideración especial con el fin de que usted pueda asistir a este evento contacte al coordinador de Juntos Anna Browne 541-567-8321 Anna.Browne@oregonstate.edu.

Riverside High School

INFORMACION SOBRE ESTUDIANTE:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: M , F

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Preferido: _____

Grado: ____ Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

¿Puede recibir y acepta que le enviemos mensajes de textos sobre *Juntos* a ese número? Si , No

Usa: Facebook , Twitter , Instagram Alergias/Restricción Alimenticia: _____

INFORMACION SOBRE GUARDIAN(ES):

Guardián 1:

Papá , Mamá , Otro : _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Idioma Preferido: _____ Número de Teléfono: _____

¿Puede recibir y acepta que le enviemos mensajes de textos sobre *Juntos* a ese número? Si , No

Correo Electrónico: _____ Alergias/Restricción Alimenticia: _____

Guardián 2:

Papá , Mamá , Otro : _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Idioma Preferido: _____ Número de Teléfono: _____

¿Puede recibir y acepta que le enviemos mensajes de textos sobre *Juntos* a ese número? Si , No

Correo Electrónico: _____ Alergias/Restricción Alimenticia: _____

INFORMACION SOBRE HERMANOS(AS):

1. Nombre: _____ Grado/Edad: _____ Escuela: _____

Necesita Cuidado: Si , No Alergias/Restricción Alimenticia: _____

2. Nombre: _____ Grado/Edad: _____ Escuela: _____

Necesita Cuidado: Si , No Alergias/Restricción Alimenticia: _____

3. Nombre: _____ Grado/Edad: _____ Escuela: _____

Necesita Cuidado: Si , No Alergias/Restricción Alimenticia: _____

4. Nombre: _____ Grado/Edad: _____ Escuela: _____

Necesita Cuidado: Si , No Alergias/Restricción Alimenticia: _____

5. Nombre: _____ Grado/Edad: _____ Escuela: _____

Necesita Cuidado: Si , No Alergias/Restricción Alimenticia: _____

Nombres de todos los miembros en la familia que asistirán a las reuniones de Juntos:



Divulgación de información para el programa Juntos

Autorizo al Distrito de Condado de Morrow y OSU a utilizar y / o divulgar información educativa sobre mi hijo/a. Entiendo que el propósito de la información compartida será apoyar y medir el impacto del programa Juntos en el progreso académico de los estudiantes participando.

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento

Grado

Otros Nombres usados por estudiante

Entiendo que toda la siguiente información será compartida, ya sea en formato electrónico o un documento:

Progreso Académico/Calificaciones

Asistencia

Reportes de disciplina

Doy mi consentimiento para el uso / divulgación de la información anterior. Entiendo que está prohibido el uso de esta información por cualquier otra razón no expresada arriba. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento en el que proporcione dicha solicitud por escrito al programa Juntos. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que recibiré una copia de este formulario.

Firma de Padre/Guardián

Fecha de firma

Formulario de Autorización sobre Publicidad

En la promoción del programa Juntos, Oregon State University publica materiales que pueden incluir nombres, imágenes (fotografías), o material audiovisual de los participantes en el programa. Estos incluyen, pero no se limitan a presentaciones, boletines, perfiles de estudiantes, folletos, volantes, videos promocionales, nuestras cuentas de redes sociales, y nuestro sitio web.

Yo, _____, autorizo al programa Juntos de Oregon State University para utilizar, reproducir o publicar fotografías o videos relacionadas con las actividades de Juntos que puedan incluir la imagen, video o voz de todos los miembros de mi familia.

Nombres de Estudiante/s

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Sin su firma, Juntos no utilizará el nombre y/o la imagen de su hijo/a en materiales promocionales, al menos de que sea mayor de 18 años de edad y nos de su consentimiento. Entiendo que esta autorización es continua y sólo puede ser retirada por mi petición de anulación específica a esta autorización.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - EVALUACIÓN DEL PROGRAMA JUNTOS

1. ¿Cuál es el propósito de este formulario?

El presente formulario contiene la información necesaria que lo ayudará a decidir si desea ingresar al programa de evaluación. Por favor lea este formulario cuidadosamente y pregunte al coordinador **de Juntos** sobre cualquier cosa que no esté clara.

2. ¿Por qué se lleva a cabo esta investigación?

El propósito de ésta evaluación es el de entender cómo el “programa Juntos” afecta las perspectivas, conocimientos y habilidades de todos los participantes, así poder determinar qué aspectos del programa son más efectivos para los estudiantes y sus padres en Oregón, Estos resultados ayudarán al “programa Juntos” a crecer y apoyar a los estudiantes y sus padres en el futuro. Los resultados también estarán incluidos en presentaciones y publicaciones. [Los coordinadores de Juntos también son co-investigadores y verán los datos coleccionados.](#)

3. ¿Por qué me invitan a ser parte de esta investigación?

Los invitamos a tomar parte de ésta evaluación ya que su familia está atendiendo los talleres del “programa Juntos” con el fin de aprender más sobre el éxito académico.

4. ¿Qué pasará si acepto ser parte de esta investigación?

Si elige ser parte de ésta investigación usted llenará una pre-encuesta la primera semana, usted tomará seis talleres de dos horas de duración cada uno una vez a la semana por seis semanas. En la sexta semana de las capacitaciones llenará una post-encuesta.

También le preguntaremos si usted y su hijo(a) quieren participar en un grupo de discusión. Además, le pedimos permiso para que su hijo(a) participe en la investigación. Su hijo(a) va a contestar preguntas sobre su escuela, experiencia con Juntos y relación y crecimiento familiar. Estimamos que no usaremos tiempo escolar. Finalmente, le pedimos su autorización para acceder al record de GPA y asistencia de su hijo(a), al principio y al final del año escolar en que su hijo(a) participe en Juntos con el fin de evaluar si el programa tiene algún impacto en su éxito escolar.

En este formulario pedimos que usted nos autorice para medir con esta encuesta el impacto del programa sin necesariamente contactarle otras veces sobre investigaciones en el futuro. Estos estudios futuros estarán limitados a valorar el cómo Juntos beneficia a los estudiantes y sus familias.

Puedes negar otorgar al programa el consentimiento en cualquier momento y destruiremos los materiales. Sin embargo, al fin de la investigación destruiremos toda información con datos identificables, y en eso momento ya no es necesario quitar su información.

_____ Puede guardar mi encuesta para investigaciones futuras.
Iniciales

_____ No puede guardar mi encuesta para investigaciones en el futuro.
Iniciales

Un reporte de todos los “programas Juntos” en el estado estará disponible al fin del año, y si le pregunta a el/la coordinador/a podemos proveerle con documentos impresos o electrónicos con el reporte. Ningún dato o información de su identidad estará incluido en el reporte.

5. ¿Cuáles son los posibles riesgos e incomodidades de esta investigación?

El único riesgo o incomodidad asociado con esta encuesta y participando en el grupo de discusión son las preguntas, que podrían incomodarlo al responderlas o dar información identificable por error. Si se siente incómodo puedes decidir no responder. Si se siente incómodo y le gustaría hablar con alguien, le alentamos a conversar con personal de la escuela.

6. ¿Cuáles son los beneficios de ésta investigación?

Los beneficios de ésta investigación son para aprender más sobre el impacto del programa Juntos y cómo podemos continuar y mejorar el programa.

7. ¿Me pagarán por participar en esta investigación?

No le pagaran.

8. ¿Me costará participar en esta investigación?

Solamente pedimos su tiempo y participación en los entrenamientos y encuestas. Proveemos el cuidado de los niños y refrigerios.

9. ¿Quién está financiando este estudio?

El programa **Open Campus de la Universidad Estatal de Oregon** y la fundación **Ford Family** apoyan el financiamiento de la evaluación e implementación del programa Juntos en colaboración con las escuelas locales.

10. ¿Quiénes tendrán acceso a la información que brindo?

Solamente los miembros del equipo de Juntos sabrán su número de identificación en las encuestas. Hay una posibilidad de que por accidente se comparta información. Toda información sobre identificación estará puesta en un gabinete con candado.

Agencias Federales y Oregon State University Institutional Review Board (un comité que revisa las investigaciones) podría inspeccionar copias de los documentos de la investigación. Si los resultados de este proyecto son publicados su identidad no será publicada. Solo los resultados finales serán compartidos con los financiadores del proyecto y escuelas participantes, con información general a nivel estatal.

11. ¿Qué otras opciones tengo si no quiero estar en una parte de esta investigación?

La participación en esta investigación es voluntaria. Si decide participar estás libre de retirarte en cualquier momento sin ningún problema. Si decide retirarse de este proyecto antes que se acabe, los investigadores puede guardar información que ya han recolectado, y esta información podría estar incluida en reportes del estudio. Si decide no participar en este estudio, todavía puede participar en Juntos.

12. ¿Con quién debo contactar para más información?

Si tiene cualquier pregunta sobre esta investigación o le gustaría ver la encuesta que reciben estudiantes, por favor contáctese con Daniel López Cevallos a Daniel.Lopez-Cevallos@oregonstate.edu o al teléfono (541) 737-3850.

Si tiene preguntas sobre sus derechos y bienestar como participante,, por favor contacte a Oregon State University Institutional Review Board (IRB) Office, telf. (541) 737-8008 o por correo electrónico a IRB@oregonstate.edu

13. Declaración de consentimiento.

Esta investigación ha sido explicado a mi hijo(a) en mi presencia, en un lenguaje que mi hijo(a) puede entender. Él o Ella ha sido alentado a preguntar sobre la investigación ahora, y a cualquier momento en el futuro.

14. ¿Qué significa mi firma en este formulario de consentimiento?

Su firma indica que ésta investigación le ha sido explicada, que sus preguntas han sido respondidas, y que está de acuerdo en participar de esta investigación. Recibirá una copia de este formulario.

No Firme después de la fecha de vencimiento:

Nombre del participante (escrito): _____

(Firma de participante)

(Fecha)

(Firma de la persona recibiendo el consentimiento)

(Fecha)