



BCSD Adult Education Center

1300 King St. Beaufort, SC

843.322.0780

Application for English as a Second Language Classes
Solicitud de clases de inglés como segundo idioma

In order to begin English classes, prospective students must complete this **application**, pay the one time **\$25.00 fee**, and take the **test** to determine your level of English proficiency.

*Para comenzar las clases de inglés, los futuros estudiantes deben completar esta **solicitud**, pagar **la tarifa única de \$25** y realizar **el examen** para determinar su nivel del inglés.*

Student Name/Nombre del estudiante: _____

Student Signature/Firma del estudiante: _____

Location of application/Ubicación de la aplicación: _____

Intake Specialist/Especialista en admisión: _____

Desired location & format of classes/Ubicación deseada y formato de clases: (Choose one/elige uno)

_____ **Online classes/clases en línea**

_____ **In-person classes in Beaufort/Clases presenciales en Beaufort**

_____ **In-person classes in Bluffton/Clases presenciales en Bluffton**

Hours - Application & English level test/ Horas para la aplicación y las pruebas de nivel del inglés

Date/Fecha	Start Time/hora de inicio	End Time/hora de finalización	Signature/Firma	Total Hours/horas totales

Requirements to complete before attending or enrolling in classes/

Requisitos para completar antes de asistir o inscribirse en clases:

1. _____ **Complete this *application*/Complete esta *solicitud***
2. _____ **Pay the *\$25.00 fee* at the Adult Education Center (cards only) or on the BCSD Adult Education Center website (www.adulted.beaufortschools.net)/ Pague *la tarifa de \$ 25.00* en el Centro de educación para adultos (solo tarjetas) o en el sitio web del Centro de educación para adultos del BCSD (www.adulted.beaufortschools.net)**
3. _____ **Complete *Best Plus test* to determine level of English proficiency/ Complete *la prueba Best Plus* para determinar el nivel de dominio del inglés**



**Beaufort County School District Adult Education
ADULT EDUCATION REGISTRATION FORM
FORMULARIO DE REGISTRO DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS
2020-2021**

For Program Use Only
Solo para el Uso del Programa
Date/Fecha: _____
State ID/ID Estatal _____
PS Withdrawal Cd/Cd de la retirada
de PS _____

Site/Sitio: _____

Last Name & Suffix/Apellido(s) & Sufijo		First Name/Nombre		Middle/Maiden Name Segundo nombre/Apellido de Soltera		Preferred Name/Nombre Preferido	
Mailing Address/Dirección Postal							
City/Ciudad				State/Estado		Zip/Código Postal	
County or School District of Residence/Condado o distrito escolar en que vive							
Home Phone/ Teléfono de casa			Cell Phone/Teléfono celular			Work Phone/ Teléfono del trabajo	
Email/Correo electrónico				Date of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Age/Edad	Gender (M/F)/ Género (M/F)

**Ethnicity: Please check the "YES" or "NO" box on the line below to indicate ethnicity.
Identidad étnica: Favor de marcar la casilla "SÍ" o "NO" en la línea debajo para indicar identidad étnica.**

(Definition: A Hispanic/Latino individual is a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American or other Spanish culture/origin, regardless of race.) - (Definición: Un(a) hispanico (a)/latino(a) es un individuo de la cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, o centroamericano, u otra cultura y origen Español/sin importar su raza

Yes, I am Hispanic/Latino Sí, soy hispanico (a)/latino(a) No, I am not Hispanic/Latino No, no soy hispanico(a)/latino(a)

Race: Check one or more boxes below to indicate your race. / Raza: para indicar su raza marque una o más casillas debajo

American Indian or Alaskan Native/ Indio Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ hawaiano(a) nativo(a)
Americano o nativo(a) de Alaska u otro(a) isleño(a) Pacífico

Black or African American/Negro(a) o Asian/asiático(a) White/blanco(a)
Afroamericano(a)

**Employment Status: Check only one box below to indicate employment status
Situación Laboral: para indicar su situación laboral marque una sola casilla debajo**

Employed but pending separation incl. Military Unemployed and looking for work/
Empleado(a) pero con separación pendiente incluso militar Desempleado(a) y buscando trabajo Retired Jubilado(a)

Unavailable for work Unemployed but not looking for work Employed Full or Part-time
No disponible para trabajo Desempleado(a) pero no busca trabajo Empleado(a) tiempo completo o tiempo parcial

Education Level Completed (Check one)/Nivel de educación más alto que ha llegado (Marque una):

No Schooling/Sin escolaridad K-12/Kínder - 12 Grade/Grado _____ High School Equivalency Diploma/Diploma de equivalencia al bachillerato

High School Diploma/Diploma de Bachillerato Some College education (no degree)/Un poco de universidad (sin título) College or Professional Degree/Licenciado de una universidad o profesional

Location of Education: U.S. Schools? Ubicación de education: escuela de los EE.UU.
Yes/Sí No/No **Name of Last High School Attended:
Nombre de la última escuela que asistió:**

Have you attended adult education before? If Yes, where? ¿Ha asistido usted a educación para adultos antes? Si contesto sí, ¿dónde? **When? ¿Cuándo?**

If you are between ages 17-21, are you currently expelled from school?/ Si usted tiene la edad entre 17-21, ¿está expulsado(a) de la escuela en este momento? Yes/Sí No/No

Do you receive Public Assistance? ¿Recibe usted Beneficios públicos? Please circle which type: **SNAP TANF WIOA Other/ Favor de circular cuál recibe : SNAP TANF WIOA Otro:**

Your signature below indicates the following: All information provided on this form is accurate to the best of your knowledge **AND** you understand and agree to the Program Rules, Dress Code & Internet Policy. Su firma debajo indica lo siguiente: Toda la información proporcionada en este formulario es correcta al mejor de su conocimiento y entender **Y** usted comprende y está de acuerdo con las reglas del Programa, código de vestimenta & política del internet.

Student Signature/Firma del(a) estudiante: _____ Date/Fecha: _____

For Office Use Only:

LACES Primary Program Assigned:

Adult Ed (WK/WIN only or Parapro)	Adult Ed Basic	Adult High School	ESL	HSE	Adult Literacy	Family Literacy	Transition	Workplace
--	---------------------------------	------------------------------------	------------	------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------	------------------

Comment Code: GFSFL1821 (Family Literacy Grant) <input type="checkbox"/>	Keyword2: <input type="checkbox"/> (W)orkKeys or WIN <input type="checkbox"/> (L)evel 5, ABE
Secondary Program: IEL/CE Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Institutional: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Career Pathway/IET:	Military Service: Active <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/>

INDIVIDUAL PROGRAMS MAY CUSTOMIZE THE REMAINDER OF THIS FORM.

IELCE Grant Student Goals for Table 9

Achieved Citizenship Skills <input type="checkbox"/>	Voted or Registered to Vote <input type="checkbox"/>	Increased Involvement in Community Activities <input type="checkbox"/>
--	--	--

Barriers to Employment (Check all that apply)

	Yes		Yes		Yes
Cultural barriers	<input type="checkbox"/>	Ex-offender	<input type="checkbox"/>	Low Levels Literacy (basic skills)	<input checked="" type="checkbox"/>
Disabled (enter type below)	<input type="checkbox"/>	Exhausting TANF	<input type="checkbox"/>	Migrant Farmworker	<input type="checkbox"/>
Disability:		Foster Care	<input type="checkbox"/>	Seasonal Farmworker	<input type="checkbox"/>
Displaced Homemaker	<input type="checkbox"/>	Homeless	<input type="checkbox"/>	Single Parent	<input type="checkbox"/>
English Language Learner	<input type="checkbox"/>	Long-term Unemployed	<input type="checkbox"/>	Low-Income (Econ. Disadv.)	<input type="checkbox"/>

PARENTING (Family Literacy) GOALS

Students must set a minimum of one primary goal, and one secondary goal in the same area. More than one primary and secondary goal may be set.

Primary Family Literacy Goal: To increase involvement in my child(ren)'s education.

Set one or more secondary goals:		Set Goal
Secondary Family Literacy Goals:	Help more frequently with school	<input type="checkbox"/>
	Increase contact with children's teachers	<input type="checkbox"/>
	More involved in children's school activities	<input type="checkbox"/>

Primary Family Literacy Goal: Increase involvement in children's literacy activities.

Set one or more secondary goals:		Set Goal
Secondary Family Literacy Goals:	Reading to children	<input type="checkbox"/>
	Visiting Library	<input type="checkbox"/>
	Purchasing books or magazines	<input type="checkbox"/>

OTHER GOALS TO BE SET ARE CAREER READINESS & PARAPRO. CAREER READINESS MET GOALS EFFECT STATE FUNDING.

Intake Staff Signature: _____ Date: _____

Form expiration date: June 30, 2021



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION
 (AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN)

I give permission for the release of my employment, participation in SNAP2Work program, and post - secondary school information by the following agencies to the South Carolina Department of Education (SCDE): I understand that my social security number will be used by the SCDE, the S.C. Dept. of Employment and Workforce, S.C. Dept. of Social Services and select post-secondary institutions for data matching purposes. My social security number will not be released to any other third party.

(Doy permiso para la divulgación de mi empleo, la participación en el programa de SNAP2Work y la información de la escuela post-secundaria por las siguientes agencias al Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE): Entiendo que mi número de seguro social será usado por el SCDE, Departamento de Empleo y Fuerza Laboral de Carolina del Sur, Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur e instituciones post-secundarias elegidas para la comparación de los datos. Mi número de seguro social no se dará a conocer a ningún tercero).

Yes (Si)	No (No)	Data Match Agency: (Agencia de comparación de datos).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S.C. Dept. of Employment and Workforce (Dpto. de Empleo y Fuerza Laboral de Carolina del Sur) P. O. Box 995, 1550 Gadsden St. Columbia, SC 29202 Phone No (Número telefónico) (803) 737-2588 Fax No (Número de Fax) (803) 737-0140
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post-Secondary Institutions (to include but not limited to): S.C. Technical Colleges; Instituciones Post-Secundarias (incluyendo pero no limitado a): Escuelas Tecnológicas de Carolina del Sur

I give permission to the Adult Education program listed above to release my academic, attendance, and/or assessment information (including High School Equivalency Diploma Test Scores) to the following: Doy permiso al programa de Educación para Adultos mencionado en la parte superior para la divulgación académica, asistencia y / o información de la evaluación (incluyendo el puntaje del Diploma de Equivalencia de la Secundaria) a las siguientes entidades:

Yes (Si)	No (No)	Release To: Liberar a:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Military Recruiters (Reclutadores Militares)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Potential Employers (Empleadores Potenciales)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent/Guardian (Padre/Tutor)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (Otro):

Student's Name Printed
 (Nombre impreso del estudiante)

Social Security or Individual Taxpayer Identification Number (ITIN):
 ((Número de Seguro Social o Número de Identificación del Contribuyente (ITIN))

Student's Signature :
 (Firma del Estudiante):

_____ **Signature of Student** (Firma del Estudiante)

_____ **Date** (Fecha)

This page for permanent folder only – DO NOT COPY for teacher or student folder
 (Esta página sólo se utilizara para la carpeta permanente - NO HACER COPIA para el profesor o la carpeta del estudiante)

South Carolina Department of Social Services SNAP 2 WORK Program
Voluntary Participation Agreement
Programa de trabajo SNAP 2 del Departamento de Servicios Sociales de Carolina
del Sur - Acuerdo de participación voluntaria

Welcome to the SNAP 2 WORK program! By volunteering to participate in this program you will have the opportunity to receive services that will help you get a better job.

¡Bienvenido al programa SNAP 2 WORK! Al ofrecerse como voluntario para participar en este programa, tendrá la oportunidad de recibir servicios que lo ayudarán a conseguir un mejor trabajo.

Participant Name/Nombre del participante: _____

Date/Fecha: _____

CHIP Case # or Social Security #/número de caso o número de seguro social: _____

Mailing Address (Street Number and Name, City, State, Zip Code)/
 Dirección postal (número de calle y nombre, ciudad, estado, código postal):

Phone Number/Número de teléfono: _____

Email Address/Dirección de correo electrónico: _____

List any barriers you may have that limit your employment and training opportunities/ Enumere las barreras que pueda tener que limitan sus oportunidades de empleo y capacitación:

Do you have a high school diploma? ¿Tienes un diploma de escuela secundaria? _____

Completion Date/Fecha de Terminación: _____

Do you have a GED/High School Equivalency Diploma?

¿Tiene un diploma de equivalencia de escuela secundaria / GED? _____ Date obtained/Fecha obtenida: _____

What was the last grade of education that you completed? ¿Cuál fue el último grado de educación que completó? _____

Have you attended college or technical school? ¿Ha asistido a la universidad o escuela técnica?

_____ Yes/Si _____ No

If you have attended college(s) or technical school(s), please list them below:

Si ha asistido a universidades o escuelas técnicas, indíquelas a continuación:

Name of School <i>Nombre de Escuela</i>	Start Date <i>Fecha de Inicio</i>	End Date <i>Fecha final</i>	Degree/ Certification Obtained <i>Título o certificación obtenida</i>	Major Program of Study <i>Programa principal de estudios</i>	Graduation Year (if applicable) <i>Año de graduación (si aplica)</i>

Have you ever served in the U.S. Armed Forces?

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? _____

If so/Si es así:

Type of Discharge/Tipo de descarga: _____

Branch of Service/Rama de servicio: _____

Rank at Discharge/Rango al momento del alta: _____

Are you a member of the Reserves for the U.S. Armed Forces?

¿Es miembro de las Reservas de las Fuerzas Armadas de EE. UU.? _____

Are you currently receiving services or support from any other community agency or organization? (Mental health services, vocational rehabilitation, etc.)

¿Recibe actualmente servicios o apoyo de alguna otra agencia u organización comunitaria? (Servicios de salud mental, rehabilitación vocacional, etc.)

If so, list the agency/organization and the dates you have received services or support:

Si es así, indique la agencia u organización y las fechas en las que recibió servicios o apoyo:

Have you ever been convicted of a criminal offense? ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito? _____

If so, was the offense a felony or a misdemeanor? *Si es así, ¿fue el delito un delito mayor o un delito menor?* _____

If so, please describe the offense and conviction/ *De ser así, describa el delito y la condena:*

Do you have any medical conditions (physical or mental health) that prevent you from working? ¿Tiene alguna condición médica (salud física o mental) que le impida trabajar?

If so, please explain your condition/ *Si es así, explique su condición:*

Do you have a valid driver's license? ¿Tiene una licencia de conducir válida? _____

Participant Signature/ Firma del participante: _____