



imgoingplaces.org

2017-2018 REGISTRATION FORM

IGP's goal is to help students reach their dreams!

Our youth specialists offer classes and one-on-one coaching during the school day or after school. IGP youth specialists focus on:

Social Connection
& Support

Life Skills
Development

Resiliency

Academic Success

Community
Engagement

PRIVACY PRACTICES: Information will be shared with Medicaid, if your child has Medicaid coverage. We are required to report safety concerns, threats against other students, child abuse, risk of suicide, and domestic violence. Information regarding you and your participation in these services may be saved in Community Reach Center's Electronic Health Record, and this information can be considered Protected Health Information. Information about your rights concerning this information can be found on our website at www.imgoingplaces.org/privacy. Or you can request a copy of our Notice of Privacy Practices from your child's youth specialist.

OTHER SERVICES: We do not provide therapy or counseling. If your student wants therapy or counseling, you or your child can tell the our staff, and we will help arrange services. If your child is under age 15, no arrangements will be made without parent or guardian's full consent.

I want my child to participate in IGP services!

Current School: _____

Male Female No Answer

Student Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

City: _____

State: _____

Zip: _____

Parent/Guardian Name (printed): _____

Phone: _____

Are you a current client of Community Reach Center?

Yes No

I have read and understand the Privacy Practices above.

Yes No

I understand the information on this form and I agree to let my child participate in this class.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

(if child is under 15)

Visit www.imgoingplaces.org for more information. Text or call our staff at 720.593.0027



imgoingplaces.org

2017-2018 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

El objetivo de la IGP es ayudar a los estudiantes a alcanzar sus sueños !
Nuestros especialistas juveniles ofrecen clases y entrenamiento individual durante el día escolar o después de la escuela. IGP especialistas jóvenes se enfocan en:

Desarrollo de habilidades de la vida

Capacidad de recuperación

Exito academico

Conexion social y apoyo

Participacion en la comunidad

LA PRIVACIDAD: La información acerca de usted y de su participación en estos servicios puede guardarse en el registro electrónico médico de Community Reach Center, y esta información puede ser considerada información de salud protegida. La información sobre sus derechos con respecto a esta información se encuentra en nuestro sitio web en www.imgoingplaces.org/privacy. O bien, puede solicitar una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad del especialista en la juventud de su hijo. La información se compartirá con Medicaid si su hijo tiene la cobertura de Medicaid. Se nos requiere reportar inquietudes de seguridad, amenazas contra otros estudiantes, el abuso infantil, riesgo de suicidio, y violencia doméstica.

OTROS SERVICIOS: Nuestros servicios no son terapia o asesoramiento. Si su joven desea recibir terapia o consejería, usted y su joven deben informar al personal de NMYO para que hagamos los arreglos para recibir los servicios. Si el joven es menor de 15 años, no se arreglará nada sin el pleno consentimiento de los padres o del tutor legal.

Quiero que mi hijo participe en los servicios de IGP.

Escuela actual: _____		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sin Respuesta
Nombre del Estudiante: _____		Fecha de Nacimiento: _____		
Dirección: _____		Ciudad: _____		
Estado: _____	Código Postal: _____	Teléfono: _____		
Nombre de Padre/Madre/Tutor Legal (en letra de molde): _____				
¿Es usted cliente actual de Community Reach Center?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
He leído y entiendo las Prácticas de Privacidad escritas arriba.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Entiendo la información en este formulario y estoy de acuerdo en permitir que mi hijo participe en esta clase.				
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal (si el niño es menor de 15 años de edad): _____				
Fecha: _____				