



**INFORMACIÓN DEL CANDIDATO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca del program Parent Ambassador?  Colega  Página web de FIS  Redes sociales  Personal de FIS

Correo Electrónico  Amigo/a  Event de FIS  Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Nivel educativo completado:**

- Primaria  Secundaria  4 años o más de colegio  
 Preparatoria  2 años de colegio/vocacional  Prefiero no responder

**¿Qué idioma(s) habla con fluidez?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SUS HIJO(S)/A(S)**

Nombre de su hijo/a	Nombre de la escuela de su hijo/a	Nivel escolar

**PREGUNTAS DE PERFIL**

**1. ¿Por qué quieres participar en el programa de Padres Embajadores?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. Como participante del programa de Parent Ambassadors, está usted dispuesto/a:**

- ¿Asistir a 1 orientación y 6 sesiones de formación de 2 horas  Sí  No
- ¿Compartir lo aprendido, apoyar y movilizar a los padres en sus escuelas y comunidades locales?  Sí  No
- ¿Incrementar el conocimiento de los padres sobre asuntos claves de política educativa?  Sí  No
- ¿Participar en campañas de abogacía en el distrito que pueda requerir viajar y/o hablar con funcionarios electos?  Sí  No
- ¿Viajar en autobús a Sacramento para reunirse con líderes de la educación?  Sí  No

**3. Enumere cualquier capacitación o programa de FIS en los que haya participado. Si no ha participado en las capacitaciones o programas de FIS, deje en blanco.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS DE PERFIL (Continuación)

4. Haga una lista de cualquier experiencia de abogacía con otras organizaciones, posiciones de liderazgo en su escuela o cualquier otra experiencia, programa o capacitación relevante en la que haya participado.

---

---

5. ¿Qué temas relacionados con la educación le interesan más? Marque todo lo que corresponda.

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conciencia universitaria    | <input type="checkbox"/> La educación temprana | <input type="checkbox"/> Aprendices de Inglés | <input type="checkbox"/> Alfabetización |
| <input type="checkbox"/> Participación de los padres | <input type="checkbox"/> Justicia restaurativa | <input type="checkbox"/> Clima escolar        | <input type="checkbox"/> Póliza escolar |
| <input type="checkbox"/> Necesidades especiales      | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |   |   |

6. ¿Cómo cree que su participación va a promover el éxito estudiantil?

---

---

---

7. ¿Qué significa abogacía para ti?

---

---

---

8. ¿Posee usted habilidades únicas o conocimientos (por ejemplo hablar en público o participación en PTA) en un área particular o en algún asunto compatible con los objetivos generales del programa?

---

---

9. Por favor marque los días y las horas en que está disponible para participar en reuniones, actividades y eventos:

- |                                  |                             |                             |                                   |                             |                             |                                   |                             |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lunes:  | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Jueves:  | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Sábado:  | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM |
| <input type="checkbox"/> Martes: | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Viernes: | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM | <input type="checkbox"/> Domingo: | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM |

## ACUERDO

Como potencial aspirante y candidato del programa de Padres Embajadores, estoy de acuerdo en apoyar la imagen, visión y las metas de Families in School en todo lo que hago como participante del programa de Padres Embajadores. Doy mi consentimiento a FIS para que me contacte por correo electrónico, mensaje de texto, teléfono y/o por correo y autorizo el uso de fotos y/o video de mi experiencia personal para que sean utilizados por los medios de comunicación de FIS con el fin de crear una red de contactos y actividades de alcance.

Imprima su nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Entregue su solicitud por correo electrónico a Alison Gonzalez, [agonzalez@familiesinschools.org](mailto:agonzalez@familiesinschools.org). Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con Alison en 213-201-3906.