



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ARKANSAS PROMISE

El Departamento de Educación de los EE. UU. y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) patrocinan un nuevo programa para ayudar a jóvenes quienes reciben beneficios por discapacidad y sus familias mejorar sus resultados de educación y empleo. Este programa se implementa en 11 estados. En su estado, se llama Arkansas PROMISE y lo administra el Departamento de Educación de Arkansas y la Universidad de Arkansas. Un equipo de investigadores en “Mathematica Policy Research” está evaluando el programa. Aproximadamente 2,000 jóvenes en su estado estarán en la evaluación.

Al firmar este formulario de consentimiento, acepta participar en este estudio tan importante. Ser parte de este estudio no tiene costo para usted. Como participante en este estudio, sucederá lo siguiente:

- Una computadora le asignará a uno de dos grupos. Su colocación en estos grupos se decidirá completamente al azar, como una lotería, y sus características no tendrán efecto en ella. Esta es una manera justa de asegurar de que todas las personas que deseen recibir servicios del nuevo programa tengan una oportunidad justa. El grupo al que se le asigna afectará los servicios que pueda acceder. Los dos grupos son:

**1. Grupo de servicios usuales** Si se le asigna a este grupo, usted y su familia tendrán acceso a todos los servicios normalmente disponibles a través de su escuela, agencias estatales y locales y organizaciones comunitarias. La mitad de los jóvenes que acuerdan estar en este grupo se asignarán a este grupo.

**2. Grupo del programa** Si se le asigna a este grupo, usted y su familia tendrán acceso a los servicios que proporciona Arkansas PROMISE. Estos servicios incluirán:

- a) exploración de oportunidades de profesiones y educación;
- b) ayuda para encontrar un empleo que coincida con sus intereses y habilidades;
- c) ayuda para alcanzar sus metas de educación; y
- d) asesoría acerca de beneficios y finanzas personales.

Los padres y otros miembros de la familia también podrán calificar para algunos de estos servicios. La mitad de los jóvenes y familias se asignarán a este grupo.

- La decisión de participar en el estudio es suya y de su familia. Si decide no participar, aún tendrá acceso a los servicios usuales. Podrá dejar de participar en el estudio en cualquier momento con solo completar el formulario de Retiro de participante de PROMISE y enviarlo por correo a: Philip Adams, Project Director, Arkansas PROMISE, 322 Main Street, Suite 501, Little Rock, AR 72201. No hay penalidad por dejar de participar. Cualquier información que recolectemos acerca de usted antes de su solicitud de terminación se utilizará para fines de investigación.

- Un entrevistador de Mathematica lo contactará a usted y su familia para completar dos entrevistas telefónicas en 18 meses y de nuevo en 5 años. Aún si acepta ser parte del estudio hoy, no tendrá que participar en estas entrevistas si cambia de parecer y decide que no quiere hacerlo. Sin embargo, sus respuestas serán muy importantes para el éxito del estudio. Recibirá una tarjeta regalo de \$30 por cada entrevista que complete.

- Se requiere su número de Seguro Social en este formulario de consentimiento para fines de evaluación del proyecto para poder identificar y dar seguimiento a sus beneficios de discapacidad y otros registros con precisión.

- Los investigadores en Mathematica y SSA analizarán datos sobre usted que obtendrán de SSA, Arkansas PROMISE, la agencia estatal de rehabilitación vocacional, la agencia estatal de seguro de desempleo, el departamento estatal de educación, el departamento estatal de educación superior, el departamento estatal de salud y agencias estatales y federales que administran los programas Medicaid, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Estos datos incluirán su recepción de beneficios y servicios y su progreso en la escuela. Los investigadores podrán recolectar y analizar sus datos durante hasta 20 años después de que entre al estudio. Estos datos podrán recolectarse y analizarse para el joven y el padre o tutor quienes firman este formulario.

- Toda la información que se recolectará acerca de usted en este estudio a través de entrevistas o registros de agencias se usará únicamente para fines de investigación. La información se mantendrá confidencial. Confidencial significa que se mantendrán tan privado como sea posible. Los datos se almacenarán de manera segura de acuerdo con leyes de privacidad federales y estatales. Su nombre nunca se usará en reportes y ninguna información acerca de usted se reportará de manera que pudiera identificarlo.

**Continúa al dorso de la página.**

Teléfono sin cargo: **1-855-649-0022**

Correo electrónico: [promise@uark.edu](mailto:promise@uark.edu)

Sitio web: <http://promise.uark.edu>



Leí este formulario de consentimiento (o se me leyó) y entiendo la información que proporciona. Acepto tomar parte en el estudio de Arkansas PROMISE y participar en los servicios del proyecto si se me selecciona para el grupo del programa. Si tengo preguntas, puedo llamar a Philip Adams, director del proyecto Arkansas PROMISE, sin cargo al teléfono 855-649-0022.

NOMBRE DEL JOVEN (en letra imprenta) INICIAL DEL 2.º NOMBRE N.º DE TELÉFONO (celular)

APELLIDO DEL JOVEN (en letra imprenta) N.º DE TELÉFONO (línea fija)

FIRMA DEL JOVEN DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

FECHA NOMBRE DE USUARIO DE FACEBOOK

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL JOVEN Domicilio o dirección de correo: DOMICILIO LÍNEA 1

FECHA DE NACIMIENTO: M M D D A A A A DOMICILIO LÍNEA 2

GÉNERO: HOMBRE MUJER CIUDAD / ESTADO / C.P.

NOMBRE DE PADRE O TUTOR (en letra imprenta) INICIAL DEL 2.º NOMBRE N.º DE TELÉFONO (celular)

APELLIDO DE PADRE O TUTOR (en letra imprenta) N.º DE TELÉFONO (línea fija)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

FECHA

RELACIÓN CON EL JOVEN Domicilio o dirección de correo (si es diferente a la del joven):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DOMICILIO LÍNEA 1

FECHA DE NACIMIENTO: M M D D A A A A DOMICILIO LÍNEA 2

GÉNERO: HOMBRE MUJER CIUDAD / ESTADO / C.P.

¿Tiene un hermano el joven quien se haya inscrito en el estudio en una fecha anterior? (Encierre uno en un círculo). Sí No

De ser afirmativo, proporcione la siguiente información acerca del hermano:

NOMBRE DEL HERMANO (en letra imprenta) INICIAL DEL 2.º NOMBRE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL HERMANO

APELLIDO DEL HERMANO (en letra imprenta) FECHA DE NACIMIENTO: M M D D A A A A