

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR en WISCONSIN PROMISE

Qué: Wisconsin Promise es parte de un nuevo programa federal que ayuda con las metas escolares y laborales.

Quién: Este programa es para jóvenes entre 14 y 16 años de edad y quienes reciben beneficios del Seguro Social Suplementario (SSI, *Social Security Income*). Este programa también es para las familias de los jóvenes.

Por qué: El objetivo de este estudio es descubrir **cuales** servicios son mejores **en ayudar los jóvenes** a cumplir las metas escolares y laborales.

Las familias que participen de este estudio recibirán tarjetas de regalo de \$30. Las familias también recibirán una tarjeta de regalo de \$10 por cada entrevista telefónica de la que participen.

La mitad de los que participen del estudio:

1. **Recibirán** ayuda extra en cuanto a las metas escolares y laborales a través del programa Wisconsin Promise.
2. Y también **recibirán** una computadora tableta y un plan de datos como parte del proyecto.

Privacidad: Todo lo que comparta durante este estudio se usará para fines de investigación únicamente. Su información se encontrará en legajos guardados bajo llave. Se cumplirán las leyes de privacidad estatal y federal. Su nombre no se usará en ningún informe público. No habrá información que lo identifique como persona en ningún informe público.

Riesgos: Existe una pequeña posibilidad de que otras personas tengan acceso a su información. Si esto ocurre, se le informará de inmediato.

Elección: Usted elige si desea participar de este estudio o no. Esta elección no perjudicará que usted siga recibiendo los beneficios de discapacidad u otros que esté recibiendo.

Momento:

Si firma el formulario de consentimiento, esto es lo que ocurrirá:

- Se le pedirá que dé su número de seguro social. Esto se hace para poder rastrear sus beneficios de discapacidad y otros registros. Los investigadores pueden observar sus datos por hasta 20 años.
 - Los registros de datos incluyen información de:
 - Social Security Administration (SSA)
 - Department of Workforce Development (DWD)
 - Division of Vocational Rehabilitation (DVR),
 - Seguro de desempleo (UI, *Unemployment Insurance*)

- Division of Employment and Training (DET) (puede incluir, pero no taxativamente):
 - Ley de Inversión en Fuerza Laboral (WIA, *Workforce Investment Act*)
 - Pasantías Juveniles (*Youth Apprenticeship*)
 - Centro Laboral de Wisconsin (JCW, *Job Center of Wisconsin*)
 - Trabajador Desplazado (*Dislocated Worker*)
 - Asistencia para Adaptación a Oficio (TAA, *Trade Adjustment Assistance*); Asignación para Readaptación a Oficio (TRA, *Trade Readjustment Allowances*)
 - Medicaid
 - Escuelas
 - Asistencia temporaria para familias necesitadas (TANF, *Temporary Assistance for Needy Families* o W2)
 - Bienestar del Menor (*Child Welfare*)
 - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, *Supplemental Nutrition Assistance Program*) (food share o cupones para alimentos)
 -
- Una computadora lo asignará a uno de dos grupos de un modo aleatorio, como una lotería.
- 1. **Grupo de Servicios Usuales.** La mitad de los jóvenes y sus familias tendrán acceso a todos los servicios escolares, estatales y locales usuales.
- 2. **Grupo del Programa.** La mitad de los jóvenes y sus familias tendrán acceso a servicios agregados provistos por Wisconsin Promise. Estos servicios incluirán:
 - a) Explorar metas escolares y laborales;
 - b) Ayudar a encontrar un trabajo que coincida con sus destrezas y sueños;
 - c) Ayudar a cumplir con las metas escolares; y
 - d) Ayudar con beneficios públicos e ingresos adquiridos.
- Si está en el Grupo del Programa, los investigadores les preguntarán a usted y a su familia sobre sus necesidades. También les preguntarán sobre cómo están progresando en la escuela y en el trabajo.
- Se pedirá a todos los jóvenes y las familias del estudio que respondan preguntas en dos entrevistas telefónicas. Una se realizará en 18 meses y otra en 5 años. Si acepta ser parte del estudio hoy, no tiene que responder estas preguntas más adelante.

Derecho de retirarse: Puede dejar de ser parte de este estudio en cualquier momento escribiendo al investigador de Wisconsin Promise. Su información de contacto figura en la página siguiente. No hay penalidad por retirarse del programa. Todo dato que haya compartido antes de retirarse seguirá siendo parte del estudio.

Aprobación de IRB:

La Junta de Revisión Institucional (IRB, *Institutional Review Board*) de University of Wisconsin-Stout consideró y aprobó este estudio. IRB ha determinado que este estudio es ético según las leyes federales y la política de la Universidad. Si tiene preguntas sobre este estudio, sírvase comunicarse con el investigador. Si tiene preguntas sobre sus derechos, sírvase comunicarse con el Administrador de IRB.

Padre/Tutor: He leído el formulario de consentimiento (o me lo han leído). Lo entiendo. Al firmar este formulario de consentimiento, acepto que _____ (nombre del menor) y yo seremos parte de Wisconsin Promise. Acepto que tanto los datos del menor como mis datos (especificados abajo) pueden ser compartidos para fines del estudio de investigación. Sé que podemos o no entrar al grupo del Programa Wisconsin Promise. Si entramos al grupo del programa, aceptamos participar de los servicios del proyecto. Si tengo preguntas, puedo llamar a John Lui al 715-232-2470.

(Firma del padre/tutor)

Menor: He leído el formulario de consentimiento (o me lo han leído). Lo entiendo. Al firmar este formulario de consentimiento, acepto ser parte de Wisconsin Promise. Acepto que mis datos (especificados abajo) pueden ser compartidos para fines del estudio de investigación. Sé que puedo o no entrar al grupo del Programa Wisconsin Promise. Si entro al grupo del programa, acepto participar de los servicios del proyecto.

(Firma del menor)

Para finalizar el proceso de consentimiento, debe completar el formulario en la página siguiente.

Investigador:

John W. Lui, Ph.D., MBA, Director ejecutivo
Stout Vocational Rehabilitation Institute
221 10th Ave., VR101A
University of Wisconsin-Stout
Menomonie, WI 54751
715.232.2470 (Voz)
715.232.5008 (Fax)
luij@uwstout.edu

Administrador de IRB

Sue Foxwell, Director, Servicios de investigación
152 Vocational Rehabilitation Bldg.
UW-Stout
Menomonie, WI 54751
715.232.2477
foxwells@uwstout.edu

Sírvase completar la información que figura en las páginas tres y cuatro para finalizar el proceso de consentimiento.

NOMBRE DE PILA DEL MENOR INICIAL
(en letra de molde) 2° NOMBRE

APELLIDO DEL MENOR (en letra de molde)

FIRMA DEL MENOR

FECHA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL MENOR

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
M M D D A A A A

GÉNERO: HOMBRE MUJER

TELÉFONO (celular)

TELÉFONO (particular)

CORREO ELECTRÓNICO

USUARIO EN FACEBOOK (Optativo)

Dirección postal o residencial:

DIRECCIÓN LÍNEA 1

DIRECCIÓN LÍNEA 2

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE PILA DEL PADRE O TUTOR INICIAL
(en letra de molde) 2° NOMBRE

APELLIDO DEL PADRE O TUTOR (en letra de molde)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

RELACIÓN CON EL MENOR

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
M M D D A A A A

GÉNERO: HOMBRE MUJER

TELÉFONO (celular)

TELÉFONO (particular)

CORREO ELECTRÓNICO

Dirección residencial o postal (si es diferente de la del menor):

DIRECCIÓN LÍNEA 1

DIRECCIÓN LÍNEA 2

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

(Dé vuelta la página)

¿El menor tiene un hermano/a que se haya inscripto en el estudio antes y es usted el padre/tutor de ese hermano/a (marque uno)?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información sobre el hermano/a:

NOMBRE DE PILA DEL HERMANO/A INICIAL
(en letra de molde) 2° NOMBRE

APELLIDO DEL HERMANO/A (en letra de molde)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL HERMANO/A

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
M M D D A A A A

Optativo: Para otros miembros de la vivienda que tengan 15 años o más. Puedes ser parte de este estudio también. Si deseas participar, puedes escribir tu nombre y firmar abajo. Todo miembro de la vivienda que tenga entre 15 y 17 años de edad también necesitará la firma de su padre/tutor para participar. Si aceptas participar, aceptas proporcionar tu Número del Seguro Social (SSN, Social Security Number) en el formulario de ingreso. Tu SSN se usará para rastrear tus beneficios y servicios de discapacidad y otros registros. Los tipos de registros que se rastrearán se especifican en las páginas uno y dos del formulario de consentimiento. Si estás en el Grupo del Programa, los investigadores te preguntarán sobre tus necesidades. También les preguntarán sobre cómo están progresando en la escuela y en el trabajo. Sírvete leer el formulario de consentimiento en su totalidad en las páginas uno y dos antes de firmarlo.

NOMBRE DE PILA (en letra de molde) IN 2° NOMBRE

APELLIDO (en letra de molde)

FIRMA

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor

NOMBRE DE PILA (en letra de molde) IN 2° NOMBRE

APELLIDO (en letra de molde)

FIRMA

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor

NOMBRE DE PILA (en letra de molde) IN 2° NOMBRE

APELLIDO (en letra de molde)

FIRMA

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor

NOMBRE DE PILA (en letra de molde) IN 2° NOMBRE

APELLIDO (en letra de molde)

FIRMA

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor

NOMBRE DE PILA (en letra de molde) IN 2° NOMBRE

APELLIDO (en letra de molde)

FIRMA

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor

NOMBRE DE PILA (en letra de molde) IN 2° NOMBRE

APELLIDO (en letra de molde)

FIRMA

Fecha de nacimiento

Firma del padre/tutor