

ID # _____
Grade _____
Map Code _____
Entry Date _____
Entry Code E1 E2 E3 T1 T2 T3
Teacher/Counselor _____

FORMA DE REGISTRACION

Mesa County Valley School District 51
2115 Grand Avenue
Grand Junction, CO 81501

Entered in SASI _____
Copy to ESL _____

Escuela _____

Fecha _____

Favor de usar letra de molde en suplir la información abajo.

Stude Información Estudiantil Sección 1

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
-----------------	---------------	-----------------------

Grado	Genero M ___ F ___	¿Asistió el estudiante a una escuela en los E. U. por más de 3 años academicos completos? Sí ___ No ___
--------------	---------------------------	---

Dirección Residencial	Vivienda Temporal Sí ___ No ___	Cuidad	Estado	Codigo	Teléfono
-----------------------	------------------------------------	--------	--------	--------	----------

Dirección de Correspondencia (si es diferente)

Fecha/Nació	# Seguro Social	Código Étnico (Favor de marcar uno) ___ 1=Indio/Nativo de Alaska ___ 2=Asiático/Asiático Pacífico ___ 3=Negro ___ 4=Hispano ___ 5=Blanco	Seguro de Salud: (Favor de marcar uno) ___ Privado ___ CHP+ ___ No tengo Seguro ___ Medicaid	Consiento facturación a Medicaid ___ Sí ___ No ___ N/A
Estado Nativo	País Nativo			

Nombre de Nacimiento (Favor de usar letra de molde)

Información de Padre/Guardián Sección 2

¿ Está sujeto este estudiante a una orden judicial sobre asistencia escolar, custodia, o un acuerdo de decisiones mayores?
Si ___ No ___ Favor de llenar la declaración custodial adjunta.

¿Si el estudiante no vive con los padres/guardian legal, el estudiante vive con? Nombre _____
Teléfono _____ Dirección _____ Parentesco _____

¿ Quien hace decisiones mayores educacionales por el estudiante?
Los Dos Padres ___ Madre ___ Padre ___ Guardián ___ Otro ___ (Especifique)

1. Nombre del Padre/Guardian	Parentesco	2. Nombre del Padre/Guardian	Parentesco
------------------------------	------------	------------------------------	------------

Dirección	Teléfono Otro	Dirección	Teléfono Otro
-----------	------------------	-----------	------------------

Patrón	Teléfono de Trabajo	Patrón	Teléfono de Trabajo
--------	---------------------	--------	---------------------

Apunte los nombres de hermanos, hermanas, y otros niños de edad escolar que viven en casa:

Información de Emergencia Sección 3 Encaso que el padre/guardian no son localizados, favor de llamar a:

1. Apellido	Nombre	Teléfono en Casa Trabajo	Parentesco del estudiante
2. Apellido	Nombre	Teléfono en Casa Trabajo	Parentesco del estudiante

Información Medica de Emergencia: Sección 4

Nombre del Medico	Teléfono	Hospital
-------------------	----------	----------

¿Toma medicamento?: No ___ Si ___ Apunte:

Información Medica (alergias, enfermedad cronica, incapacidades) **Favor de llenar la Hoja Historial Médica.**

Información sobre Escuelas Previas Sección 5

¿Asistió el estudiante a una escuela del Distrito 51 anteriormente? No ___ Sí ___
Ultima escuela asistida? _____ Ciudad/Estado _____

¿Ha reprobado el estudiante? No ___ Sí ___ ¿Cual grado? _____ ¿Cual escuela? _____	¿Ha recibido el estudiante servicios de educación especial? Si ___ No ___
---	--

¿ Ha asistido el estudiante a un programa de temprana edad? No ___ Si ___
Pre-escuela Privada ___ Centro de Guardería ___ Head Start ___ Pre-escuela del Distrito 51 ___ Guardería en Casa ___ Otro ___

Encuesta Sobre el Idioma Inglés Sección 6 Solo marque los que aplican a su familia (No marque los idiomas que aprendio en la escuela)

1. Cuál fue el primer idioma hablado por el estudiante?	Inglés ___	Español ___	Otro
2. Identifica todos los idiomas hablados en casa	Inglés ___	Español ___	Otro
3. Apunte los idiomas comprendidos por el estudiante	Inglés ___	Español ___	Otro
4. Idiomas hablados en casa por el estudiante	Inglés ___	Español ___	Otro

5. Han inscrito al estudiante en un Programa de Inglés como Segundo Idioma? No ___ Si ___
6. ¿Usted requiere información del distrito escolar traducido en otro idioma en vez del inglés? ¿No ___ Sí ___ Cual idioma?

Requiero notificación de la escuela en caso de una emergencia o enfermedad seria. Si no puedo ser localizado tienen mi permiso para ponerse en contacto con el cuidado de emergencia apropiado.

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha _____

DECLARACION de CUSTODIA

Nombre que Prefiere el Estudiante: _____

 Grado

 Apellido

 Primer Nombre

 Segundo Nombre

Nombre del Estudiante según su Acta de Nacimiento

Por favor complete lo siguiente:

1. ¿Quién tiene la custodia legal o la responsabilidad de hacer las decisiones mayores?

Madre
 Padre
 Los Dos
 _____ Otro
Nombre Específico

2. Favor de proveer el nombre y el domicilio de los Padres o Guardián Legal:

Padre/Guardián	Madre/Guardián
Domicilio	Domicilio
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Número de Teléfono de la casa	Número de Teléfono de la casa
Número de Teléfono del trabajo	Número de Teléfono del trabajo

3. ¿Se le permite a alguien más que no está nombrado en el formulario de inscripción a recoger a su estudiante en caso de una emergencia?

Nombre	Nombre
Domicilio	Domicilio
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono	Teléfono

4. ¿Tiene un contrato actual de la custodia legal? ____ Si lo tiene, favor de incluir una copia con este formulario.

Se les pueden dar el expediente de la asistencia, grados, y otros expedientes a las siguientes personas si los piden:

 Nombre Relación al estudiante

 Nombre Relación al estudiante

Si ambos padres hacen las decisiones con respeto a la educación y no pueden alcanzar un acuerdo para el estudiante, o en ausencia de la autorización de los padres, la escuela tomará una decisión basada en el mejor interés del estudiante. Bajo el Acta de la Privacidad de 1974, los padres tienen el derecho a las copias de los expedientes de su estudiante, a menos que sus derechos hayan sido terminados por la corte o el distrito escolar ha recibido una orden de detención de la corte de Colorado específicamente solicitando que no se den los expedientes del estudiante a los padres que lo pidan.

NOTE POR FAVOR: Si es posible, ambos padres deben firmar esta declaración indicando que están de acuerdo con la información mencionada arriba. Si hay solamente una firma, el Distrito 51 del Valle del Condado de Mesa requiere una explicación porqué hay solamente una firma.

 Firma del Padre/Guardián Fecha

 Firma del Padre/Guardián Fecha

Si hay solamente una firma favor de explicar porque: _____

REQUISITOS DE VACUNAS 2009-2010

Para las Escuelas Primarias

Favor de proveer a la escuela de su niño los archivos **mas reciente de las vacunas**. La Mesa Directiva de Salud del Estado de Colorado requiere las siguientes vacunas para cumplir con la Regla para **entrar** a la escuela.

Jardín Infantil, Grado 1 y 2:

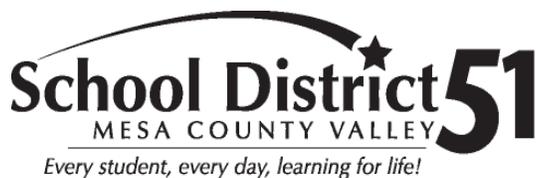
DTaP	5 dosis se requieren, a menos que la dosis 4 se dio después de los 4 años de edad.
	Td se dio a la edad de 7 – 9
Polio	4 dosis se requieren a menos que la dosis 3 se dio después de tener 4 años de edad.
Hepatitis B	3 dosis se requieren
MMR	2 dosis se requieren (Primer dosis se tiene que dar en o después de su primer cumple años.)
Varicella	2 dosis se requieren (Primer dosis se tiene que dar en o después de su primer cumple años.) O documentación del historial de enfermedades por la persona que provee el cuidado de salud.

Grados 3, 4 y 5

DTaP	5 dosis se requieren, a menos que la 4^{ta} dosis se dio después de los 4 años de edad. Td se da si tienen edad de 7 – 9
Polio	4 dosis se requieren a menos que la 3er. dosis se dio después de los 4 años de edad.
Hepatitis B	3 dosis se requieren
MMR	2 dosis se requieren (1er dosis se tiene que dar en o después de su primer cumple años.
Varicella	1 dosis o documentación del historial de enfermedades por la persona que provee el cuidado de salud.

Favor de comunicarse con el personal escolar si quiere ser exento por alguna razón personal, religioso o médica. Puede llevar a su niño con su doctor para que le pongan las vacunas o puede ir al Departamento de Salud del Condado de Mesa (248 – 6900).

Favor de notar: La Regla de Colorado para Entrar a la Escuela requiere que todos los estudiantes prueben que ya tienen las vacunas para poder asistir a la escuela.
LA FALTA DE PROVEER LA INFORMACION NECESARIA PUEDE RESULTAR QUE SU NIÑO SEA SUSPENDIDO DE LA ESCUELA.



HISTORIAL DE SALUD 2009-10

SE DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO POR LOS PADRES/GUARDIAN CADA AÑO ESCOLAR

ESTUDIANTE	Apellido:	Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento		GENERO		GRADO:
DOCTOR:		TELEFONO DEL DOCTOR:		ESCUELA			

Favor de dar la información que sigue abajo si su niño ha sido diagnosticado o ha sido tratado por alguna de las siguientes condiciones

	DIAGNOSIS / TRATAMIENTO Describe (escribe detalles)	FECHA DEL DIAGNOSIS	FECHA DEL ULTIMO EPISODIO	RECETA DEL DOCTOR/O MEDICAMENTO SIN RECETA	¿Se requiere el medicamento en la Escuela?
	Alergia (Severa) o Síntomas de una Reacción alérgica				SI/NO
	Asma:				SI/NO
	Diabetes:				SI/NO
	Ataque de una enfermedad:				SI/NO
	ADD o ADHD (escoja una):				SI/NO
	Historial de Nacimiento/Parto/ Problemas desde nacimiento:				SI/NO
	Lesión/Herida Cerebral:				SI/NO
	Otras heridas o enfermedades				SI/NO

Mi niño usa lentes _____ lente de contacto _____.

Las Oficinas de Salud del Distrito Escolar 51 del Condado de Mesa tienen personas que son Asistentes de Salud bajo la supervisión de un Enfermera Certificada

Esta información se considera ser confidencial y solamente se comparte "si es necesario" entre la Enfermera Certificada (Enfermera Escolar/Distrital) y los que trabajan en la escuela que estarán con y que son responsables de su niño en la escuela.

Los medicamentos dados en la escuela tienen que ser acompañados por una orden escrita y firmada por el doctor, o por el permiso firmado por los padres (formularios disponibles en la Oficina de Salud de la Escuela), y tienen que estar en el contenedor original y con su etiqueta.

Los padres/guardianes son responsables de informar a la escuela de cualquier asunto de salud que cambie durante el año escolar.

Firma de Padres/Guardián: _____ Fecha: _____

Oficina de Adquisición del Idioma Inglés Si Ud. necesita una traducción en español favor de llamar a 254-5339. Estamos para servirle.



Attention Parents:

Do you find yourself in one of the following **temporary or transitional living situations**?

- Living in a hotel or motel
- Living in a shelter or “safe house”
- Living doubled up with friends or relatives
- Living in a park or campground
- Living in a camper, camp trailer or vehicle
- Living in sub standard housing as outlined by HUD definitions
- An unaccompanied or runaway youth

If so, **Mesa County Valley School District 51’s REACH program** has some ways to support you with your school- related needs, as well as access to other community resources and supports.

Contact your child’s school or call our offices at **254-5350** and ask for the REACH department. There is an advocate assigned to each school that will assist you.



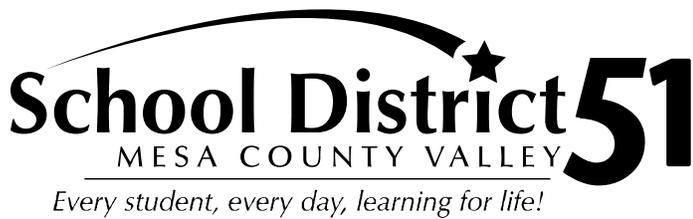
Atención Padres:

¿Se encuentra Ud. en una de las siguientes viviendas temporales o transitorias?

- Vive en un hotel o motel
- Vive en una casa de refugio
- Vive con parientes o amigos
- Vive en un parque o en un campamento
- Vive en un camper, en una tráiler o en su vehículo
- Vive en una casa inadecuada según el departamento de HUD
- Es Ud. un joven abandonado o un joven que anda huyendo

Si es así, el programa de REACH del Distrito Escolar 51 del Condado de Mesa tiene algunas maneras para apoyarlo a Ud. con sus necesidades escolares, y también para darle acceso a los recursos de la comunidad.

Comuníquese con la escuela de su criatura o llame a nuestra oficina al número **254-5350** y pregunte por el departamento de REACH. Hay una persona asignada a cada escuela que le puede ayudar.



PERMISO PARA FOTOGRAFIAR Y EXONERACION DE NOMBRE

Yo, (IMPRIMA) _____, padre/guardián de

(IMPRIMA EL NOMBRE DE SU ESTUDIANTE) _____,

doy mi consentimiento para el uso de fotografías, video grabaciones de audio (televisión o radio), y el uso del nombre de mi estudiante para los propósitos comunicativos de la escuela y del distrito, incluyendo las entrevistas para medios de comunicación, las publicaciones del distrito escolar y la Red del Distrito.

Al dar mi consentimiento yo libro a (EL NOMBRE DE LA ESCUELA) _____

y al Distrito Escolar 51 del Valle del Condado de Mesa de cualquier responsabilidad por cualquier violación de cualquier derecho personal o propietario que yo pueda tener en conjunto con el uso de fotografías, video grabaciones de audio (televisión o radio) y el uso del nombre de mi estudiante.

Yo (el padre/guardián) tengo más de 21 años de edad.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

IMPRIMA SU NOMBRE

FECHA

CYBERSCHOOL (ONLINE COURSE) INFORMATION

Student Name _____ SASI # _____
Last First Middle

School _____ Grade _____

Is student currently registered and using online courses with a Cyberschool in Colorado?

- No Continue to asterisk, read statement, sign and date – no other information is necessary.
 Yes Full-time Part-time Continue filling in form.

CYBERSCHOOL INFORMATION:

Name of Cyberschool _____
Cyberschool's sponsoring School District _____
Name of Cyberschool contact _____ Position _____
Telephone _____ E-mail _____
Street _____ City _____ Zip _____
List your online courses _____

***If at any time during the school year you enroll your child in a Colorado Cyberschool (online courses) you must immediately notify this school/district. Enrollment in online courses is enrollment in another district. Students may not be served in two districts without agreement between districts.**

Parent/guardian name _____
Last First MI

Parent/guardian signature _____ Date _____

INFORMACIÓN DE CYBERSCHOOL (CURSO EN LÍNEA INTERNET)

Nombre del Estudiante _____ SASI # _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Escuela _____ Grado _____

¿Esta el estudiante actualmente registrado y utilizando los cursos en línea de una cyberschool en Colorado?

- No Continúe al asterisco, lea la declaración, firme y fecha - ninguna otra información es necesaria.
 Sí Tiempo Completo Parte del Tiempo Continúe llenando la forma completamente.

INFORMACION CYBERSCHOOL:

Nombre de la Cyberschool _____
El Distrito Escolar que Patrocina la Cyberschool _____
Nombre de contacto de la Cyberschool _____ Puesto _____
Teléfono _____ Correo Electrónico _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Código _____
Lista de cursos en línea _____

*** Si durante el año escolar Ud. inscribe a su niño/a en una Cyberschool de Colorado (cursos en línea) Ud. debe notificar a esta escuela/distrito escolar inmediatamente. Matriculación en los cursos en línea es matriculación en otro distrito. No podemos servir a los estudiantes en dos distritos sin entre los distritos.**

Nombre del Padre/guardián _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Firma del Padre/guardián _____ Fecha _____



John P. Pomaski
Director – ELA/ Migrant
930 Ute Avenue
Grand Junction, CO 81501
(970) 254-5336 ~ Office
(970) 254-5391 ~ Fax
jpomaski@mesa.k12.co.us

Student Name (Nombre del Estudiante): _____

School (Escuela): _____ **Telephone (Teléfono)** _____

Does your Family qualify as Migrant?

If the answers to the following four questions are YES, your child qualifies for the Migrant Education Program.

1. Did the child move (alone, with, or to join a parent, spouse, or guardian) within the last 36 months? _____
2. Was the move from one school district to another? _____
3. Was the purpose of the move to obtain work that is (1) temporary or seasonal AND (2) agricultural, fishing, or dairy? _____
4. Was the work an important part of providing a living for the worker and his or her family? _____

Please return the following sheet to the Migrant Office on 930 Ute Avenue or to your child's school if you have answered yes to all questions.

If you have questions about immunizations please call 254-5338.

Thank you

John Pomaski/ ESL/Migrant Director

¿ Califica su Familia como Migrante?

Si las respuestas a las siguiente cuatro preguntas son Sí, su niño califica para el Programa de Educación Migrante.

1. ¿Dentro de los últimos 36 meses, el niño se mudó (solo, con, o para reunirse con su padre(s), esposo, o guardián)? _____
2. ¿La movida fue de un distrito escolar a otro? _____
3. ¿El propósito de la movida era para obtener trabajo que es (1) temporal o estacional Y (2) agrícola, pesca, o lechería? _____
4. ¿El trabajo fue una parte importante en proporcionar una vivienda para el obrero y su familia?

Si usted ha contestado sí a todas las preguntas, por favor devuelva la hoja a la Oficina Migrante en 930 Avenida Ute o a la escuela de su niño.

Si usted tiene preguntas sobre inmunizaciones favor de llamar al 254-5338.

Gracias,

John Pomaski/Director ESL/Migrant

SERVICIOS DE NUTRICIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR 51 DEL VALLE DEL CONDADO DE MESA

2115 Grand Avenue; Grand Junction, CO 81501; 254-5182

2009-2010

Complete UNA Solicitud para Comidas Gratis o de Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud incompleta, así que asegúrese de proveer toda la información. Su información se quedará en la Oficina de Servicios de Nutrición. Esta información no se comparte con el Departamento de Inmigración (INS) ni con ninguna otra agencia local, estatal o federal.

Per C.R.S 22-54-112(4) (a) Except as otherwise provided in paragraph (b) of this subsection (4), every school of a district, charter school of a district, and institute charter school shall include in the materials for pupil registration the pupil application form to participate under the federal "National School Lunch Act", 42 U.S.C. sec. 1751 et seq., referred to in this subsection (4) as the "pupil application form". The registration materials shall include an explanation to parents that the pupil application form will be used by the school of the district, district charter school, or institute charter school to determine whether the school of the district, district charter school, or institute charter school is eligible for at-risk funding on behalf of the pupil and that, by filling out the form, the parent is ensuring that the school district or school will receive the at-risk funding to which it is entitled based on the population of at-risk pupils served by the school district or school.

☉ Sus niños pueden calificar para comidas gratis o de precio reducido.

☉ El desayuno reducido es Gratis y el costo reducido del almuerzo es de \$.40

☉ Una variedad de comidas están disponibles a un precio adicional en las escuelas Secundarias y Preparatorias.

Aquí hay algunas respuestas a preguntas que Ud. pueda tener al aplicar:

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o de precio reducido?** Sus niños pueden recibir comidas gratis o de precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos.

2. **¿Será verificada la información que yo entregue?** Sí, nosotros podríamos pedirle que mande prueba escrita de la información que entrego.

3. **¿Pueden los niños sin vivienda, y niños migrantes recibir comidas gratis?** Favor de llamar a Cathy Haller, Coordinadora del Programa Sin Vivienda al 254-5351 o a Hilda Gonzales, Secretaria del Programa Migrante al 254-5338 para verificar si sus niños califican para recibir comidas gratis bajo estos programas.

4. **¿Quién puede recibir comidas de precio reducido?** Sus niños pueden recibir comidas a un costo reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos.

5. **Si yo no califico ahora ¿puedo aplicar otra vez después?**

Sí. Ud. puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, si comienza a recibir Cupones para Alimentos (SNAP) o si hay otros cambios en su hogar.

6. **¿Qué si no estoy de acuerdo con la decisión oficial de la Oficina de Servicios de Nutrición sobre mi solicitud?** Ud. debe comunicarse con el personal de la Oficina de Servicios de Nutrición. Si todavía no esta de acuerdo, Ud. puede solicitar una audiencia ya sea escribiendo al Sr. Dan Sharp; 2115 Grand Ave; Grand Junction, CO 81501; o llamando al 254-5181.

7. **¿Puedo aplicar si alguien en mi hogar no es ciudadano de los EE.UU.?** Sí. Ni Ud. ni sus niños necesitan ser ciudadanos de los EE.UU. para calificar para las comidas gratis o de precio reducido.

8. **¿A quien debo incluir como miembros de mi hogar?** Ud. debe incluir a todas las personas que viven en su hogar aunque no sean parientes suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Ud. debe incluirse a si mismo/a y a todos los niños que viven con Ud.

9. **¿Qué si mi ingreso no es el mismo todo el tiempo?** Apunte la cantidad que Ud. normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 cada mes, pero Ud. faltó a su trabajo algunos días el mes pasado y solamente recibió \$900, apunte que Ud. recibió \$1000 por mes.

10. **Nosotros estamos en el servicio militar, ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como parte de nuestro ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no incluya el subsidio para vivienda como parte de su ingreso. Todos los otros ingresos deben ser incluidos en su ingreso en bruto.

2009 – 2010 TABLA FEDERAL DE INGRESOS				
Miembros de la Familia	Anual	Mensual	Semanal	
1	\$20,036	\$1,670	\$ 386	
2	\$26,955	\$2,247	\$ 519	
3	\$33,874	\$2,823	\$ 652	
4	\$40,793	\$3,400	\$ 785	
5	\$47,712	\$3,976	\$ 918	
6	\$54,631	\$4,553	\$1,051	
7	\$61,550	\$5,130	\$1,184	
8	\$68,469	\$5,706	\$1,317	
Por cada miembro de familia adicional añadida	+ 6,919	+ 577	+ 134	

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos entregue. La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o de precio reducido. Debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la aplicación. No se requiere el número de seguro social cuando Ud. aplica de parte de un niño/a que esta esperando ser adoptado o si pone el número asignado del caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP) o cuando Ud. indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si sus niños son elegibles para comidas gratis o de precio reducido, para administrar y cumplir con las reglas de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros PUDIÉRAMOS compartir su información de elegibilidad con 1) Titulo Uno; 2) El progreso de Evaluación de Educación departe de la oficina de Educación Investigación y Mejoramiento del Departamento de Educación de los EE. UU. ; 3) Gear-Up; 4) Examen de Valoración Académica del Estado de Colorado (CSAP) incluyendo el componente ACT); 5) Evaluación del Idioma Inglés de Colorado; 6) Computador General de los Estados Unidos para la revisión de cuentas y; 7) Numero de Estudiantes.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la póliza del Departamento de Agricultura de los EE. UU., está prohibido que ésta institución discrimine basado en raza, color, nacionalidad, sexo, edad o la incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave, S.W., Washington DC 20250-9410* o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un empleador y proveedor de igualdad en las oportunidades de trabajo.

