

## Student Application

**\*2.0 GPA o mayor es Requerido**

**\*Por favor asegúrese de revisar la solicitud de cualquier información faltante.**

**\*Utilice tinta Azul o Negro SOLAMENTE. No use lápiz.**

**\* Entregue la solicitud completa a [juanf@csufresno.edu](mailto:juanf@csufresno.edu)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo Nombre                      Último 4 Numeros NOMAS

Dirección de Correo/ PO Box: \_\_\_\_\_  
Domicilio                      Apt #                      Ciudad/Estrado                      Código Postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Celular de Mamá: \_\_\_\_\_

Género:     Masculino     Femenino    Celular de Papá: \_\_\_\_\_

Celular del Estudiante: \_\_\_\_\_

E-mail del Estudiante: \_\_\_\_\_

### Escuela y Nivel de Gardo

Escuela Preparatoria: \_\_\_\_\_ Grado:  8/9     9     10     11     12

¿Qué dos carreras te interesan?: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### Permiso de Residencia

- Ciudadano de los Estados Unidos
- Residente Permanente Legal **\*Somete copia de Tarjeta de Residencia\***

#### Sólo para uso de oficina

\_\_\_\_\_  
 Verified By                      Date

### Etnicidad

- Nativo Americano                       Afroamericano                       Asiático                       Hispánico / Latino
- Blanca (Caucásica)                       Islas hawaianas o del Pacífico                       Otro \_\_\_\_\_

Idioma que se habla mas a menudo en casa:     Inglés                       Español                       Otra \_\_\_\_\_

### Información Adicional

- Marque las que correspondan al estudiante:     Discapacitado     Padres adolescentes     Estudiante Migrante
- Educación Especial                       Hijo adoptivo                       ESL (ingles como segundó idioma)



## Ingresos de los Padres

Por favor proporcione la información de ingresos del año anterior de su familia a continuación.

N.º en el hogar: \_\_\_\_\_

### Ingreso imponible (Taxable Income)

\$ \_\_\_\_\_

[se requiere ingreso imponible, **NO ingreso Total o Ajustado**]

- No presentó declaración de impuestos el año pasado  
(Si marco **NO**, por favor marque una de las siguientes opciones a continuación si corresponde)

Recibió lo(s) siguiente (marque lo que corresponda):  
Por favor, indique abajo la cantidad de beneficios anual.

- |  |          |  |          |
|--|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia pública        | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Invalidez     | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Seguro del desempleo      | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor explique) | \$ _____ |

Yo / Nosotros, los suscritos, declaramos bajo pena de perjurio que todos los ingresos reportados en esta solicitud son verdaderos, completos y exactos al mejor de nuestros conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta información está protegida por la Ley de Privacidad. Nadie puede ver la información a menos que trabajen con o para el Programa de *Educational Talent Search*, o están autorizados específicamente para verlo. La información es necesaria para determinar si el solicitante es elegible para participar en el Programa.

**Autorización médica:** Si mi estudiante requiere atención médica durante su participación en las actividades del programa *Educational Talent Search (ETS)* y no puedo ser contactado, doy mi consentimiento para el examen médico y el tratamiento que el profesional médico tratante considere necesario.

**Permiso para acceder a los registros escolares:** Como requisito a través del Departamento de Educación y nuestra subvención, ETS de la Fundación de la Universidad Estatal de California, Fresno debe rastrear a los estudiantes a medida que avanzan en la educación post-secundaria. Doy mi consentimiento al personal de ETS para recopilar registros y datos de la escuela preparatoria después de la admisión a la universidad, como, por ejemplo: transcripciones, puntajes de evaluación, horario de clases, diploma/título/certificación, fecha de graduación, promedio de calificaciones y consultas del Centro Nacional de Información del estudiante. Autorizo a ETS a obtener registros relacionados con la solicitud de mi hijo para admisión a la universidad y el estado de aceptación, la solicitud de ayuda financiera (FAFSA), y las cartas de adjudicación en cualquier colegio o universidades. Esta información se utilizará como un componente para informar al Departamento de Educación de los Estados Unidos en su Informe Anual de Desempeño y como datos estadísticos proporcionados a la Fundación de la Universidad Estatal de California, Fresno.

**Comunicado de Prensa:** Por la presente, doy permiso al personal del Programa de ETS para fotografiar y/o tomar video de mi hijo para fines promocionales y/o archivar registros relacionados con el Programa de ETS y/o declaraciones para ser utilizado por ETS para promoción, publicidad o con fines de instrucción.

**Aplicación 'Remind':** Doy mi consentimiento para que el personal del programa ETS envíe notificaciones a mi estudiante a través de la aplicación 'Remind'. El personal del programa ETS utiliza la aplicación para comunicarse con los estudiantes para cualquier actualización o fecha límite que se acerca al momento de su participación en el programa.

**Al firmar mi nombre en la línea de firma, declaro bajo pena o perjurio que toda la información reportada en esta solicitud es verdadera, completa y precisa al mejor de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aprobación y Elegibilidad**

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero del Colegio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Director/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Tipo de elegibilidad**  
**Uso en oficina**

Primera Generación y de bajos ingresos

Sólo bajos ingresos

Sólo Primera Generación

Otro

