

5240 N. Jackson Ave. M/S UC 59 · Fresno, CA 93740 · Oficina: (559) 278-2276

Solicitud del Estudiante

* 2.0 GPA o mejor es Requerido

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

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

Nombre: _____ Seguro Social: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre **NECESARIO**

Dirección de Correo / PO Box: _____
Domicilio Ciudad/Estado 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 Grado

Escuela Preparatoria: _____ Grado: 9 10 11 12

¿Qué dos carreras te interesan?: 1.) _____ 2.) _____

Permiso de Residencia

- Ciudadano de los Estados Unidos
 Residente Permanente Legal ** Copia de Tarjeta de Residencia **

Sólo para uso de oficina

Verificada por Fecha

Etnicidad

- Nativo Americano Afroamericano Asiático Hispano / Latino
 Blanca (Caucásica) Islas hawaianas o del Pacífico Otro _____

Idioma que se habla mas a menudo en casa: Inglés Español Otro _____

Información Adicional

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

Información Médica del Estudiante

Por favor marque todas las enfermedades que se aplican al estudiante:

- Asma
 Convulsiones
 Diabetes
 Epilepsia
 Desmayos
 Fiebre reumática
 Problemas del corazón
 Problemas de riñón
 Hemorragias de nariz
 Infección sinusal
 Reacciones alérgicas: _____
 Medicación prescrita: _____

Por favor, explique si su hijo / hija ha sufrido o sufre de cualquier otra enfermedad (es): _____

En caso de emergencia, ¿quién más puede ser notificado?: _____
Nombre Número de teléfono

Nombre del médico de cabecera o clínica: _____
Nombre Número de teléfono

Información de los Padres

Número total en Casa: _____

Este estudiante vive con:

- Padre
 Madre
 Padrastro
 Madrastra
 Los padres de crianza
 Tutor legal ordenado por la Corte **(Requiere prueba)**

PADRE (Biológico o adoptivo)

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Ocupación / Carrera: _____

¿Recibió un título universitario de una universidad de cuatro años en los EE.UU.? Si No

Si es así, ¿De cual universidad? _____

MADRE (Biológico o adoptivo)

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Ocupación / Carrera: _____

¿Recibió ella un título universitario de una universidad de cuatro años en los EE.UU.? Si No

Si es así, ¿De cual universidad? _____

¿Tiene a un hermano/a o amigo/a en los grados 8 – 11 que quiera referir a este programa?:

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Ingresos de los Padres

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

N.º de dependientes: _____

| Forma | Línea | Ingreso imponible |
|-------------------------------|-----------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1040 | línea 11b | \$ _____ |

[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 la siguiente (marque lo que corresponda):

Por favor, indique el monto anual beneficiado a continuación.

| | | | |
|--|----------|--|----------|
| <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 Tutor

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 / tutor 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

