



STUDENT EQUITY PROGRAM APPLICATION

Please complete the entire application, leaving a section unanswered may postpone processing. If you have any questions, please contact the Equity Office.
 Equity Office ▪ Room A258 ▪ 530.541.4660 Ext. 549 ▪ equity@ltcc.edu ▪ http://www.ltcc.edu/campusresources/equity-outreach.php

LEGAL NAME:		STUDENT ID#:	
DATE OF BIRTH:		GENDER: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Decline	
MAILING ADDRESS: <small>(Include: city, state and zip code)</small>		EMAIL:	
HOME PHONE:		CELL PHONE:	
BEST WAYS OF CONTACT <input type="checkbox"/> Phone call <input type="checkbox"/> Text message— <input type="checkbox"/> Able to receive messages <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Other:			
ACADEMIC GOALS:	<input type="checkbox"/> Earn an AA degree in (list major) _____ <input type="checkbox"/> Transfer to a 4-year (name of school) _____ <input type="checkbox"/> Earn a certificate in (list title of cert.) _____ <input type="checkbox"/> Other—please describe: _____ <input type="checkbox"/> Unsure and would like help figuring it out— <i>ADVANCE</i>		ACADEMIC STATUS:
	<input type="checkbox"/> I enrolled/intend to enroll full-time (12 units) <input type="checkbox"/> I enrolled/intend to enroll part-time (less than 12 units) <input type="checkbox"/> I am only taking online classes, none on campus <input type="checkbox"/> Estimated graduation date: _____		
DID YOU GRADUATE FROM HIGH SCHOOL?		<input type="checkbox"/> Yes (YEAR) _____ <input type="checkbox"/> No	
DID YOUR PARENTS GRADUATE FROM A 4-YEAR COLLEGE?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
ARE YOU ELIGIBLE FOR CALIFORNIA COLLEGE PROMISE GRANT?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pending	
PREVIOUS YEAR TOTAL INCOME: <small>(Reported on U.S. Income Tax Return)</small>	DEPENDENT STUDENT PARENT(S)/REGISTERED DOMESTIC PARTNER INCOME ONLY \$ _____		INDEPENDENT STUDENT STUDENT (& SPOUSE'S / RDP) INCOME \$ _____
HOW MANY FAMILY MEMBERS IN YOUR HOUSEHOLD?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 or more	
MARITAL AND FAMILY STATUS	<input type="checkbox"/> Single, with no children		<input type="checkbox"/> Single, with children—(# of children): _____
	<input type="checkbox"/> Married, no children		<input type="checkbox"/> Married, with children—(# of children): _____
DO YOU HAVE A DOCUMENTED DISABILITY?	<input type="checkbox"/> Yes, I have a documented disability. → Do you receive services through the DRC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> No, I do not have a documented disability		
	<input type="checkbox"/> No, I do not have a documented disability, but I would like to take some tests to increase my academic success		
ARE YOU A VETERAN?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ARE YOU HOMELESS?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ARE YOU A FORMER FOSTER YOUTH?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	HOW DID YOU HEAR ABOUT THE PROGRAM?	
IS THERE ANYTHING ELSE YOU WOULD LIKE US TO KNOW ABOUT YOU?			
ARE YOU IN ANY OTHER PROGRAMS AT LTCC? <small>(I.E. EOPS, CALWORKS, VTEA, ADVANCE ETC.)</small>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, please list the programs: _____	
PLEASE CHECK ANY THAT APPLY:	<input type="checkbox"/> I received my GED		<input type="checkbox"/> I am interested on more information about Financial Aid
	<input type="checkbox"/> I had low grades in high school		<input type="checkbox"/> I am interested on information on low income housing
	<input type="checkbox"/> I want help raising my college grades		<input type="checkbox"/> I am interested to find out more about programs at LTCC
	<input type="checkbox"/> I am not 100% sure about my educational goals or my major		
ETHNICITY:		<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino of any race <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino	
RACE: <input type="checkbox"/> Am. Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African Am. <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander			
ACADEMIC SUPPORT: WHICH SUBJECTS DO YOU NEED HELP WITH?			
WHICH OF THE FOLLOWING SERVICES ARE YOU MOST INTERESTED IN?	<input type="checkbox"/> Being mentored	<input type="checkbox"/> Participating in Equity Cultural Events	<input type="checkbox"/> Academic Support
	<input type="checkbox"/> Becoming a mentor	<input type="checkbox"/> Transfer Field Trips to Universities	<input type="checkbox"/> Personalized Advising
	<input type="checkbox"/> Book lending	<input type="checkbox"/> Academic Success Workshops	<input type="checkbox"/> Tutoring
	<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Laptop Lending	<input type="checkbox"/> Community Resources

I understand that upon acceptance of the Equity Program, I am required to meet with an academic counselor once a quarter, attend a campus event, turn in a progress report mid-quarter and any other documentation that is asked of me. I certify that the information I have provided is true and is accurate to the best of my knowledge. I understand that falsification or misrepresentation of the information provided may invalidate my application.

Student Signature _____

Date ____ / ____ / ____



APLICACIÓN del PROGRAMA DE EQUIDAD

Por favor complete toda la solicitud, dejando una sección sin respuesta puede posponer el procesamiento. Si tiene alguna pregunta, contacte la Oficina de Equidad ▪ Cuarto A258 ▪ 530.541.4660 Ext. 549 ▪ equity@ltcc.edu ▪ <http://www.ltcc.edu/campusresources/equity-outreach.php>

NOMBRE LEGAL:		NÚMERO DE ESTUDIANTE:	
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
DIRECCIÓN DE ENVÍO: <small>(Incluye: ciudad, estado, código postal)</small>		CORREO ELECTRÓNICO:	
NÚMERO DE TELÉFONO:		NÚMERO DE CELULAR:	
MEJOR FORMA DE CONTACTO: <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto/Mensaje <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Otro:			
METAS ACADÉMICAS:		ESTADO ACADÉMICO:	
<input type="checkbox"/> Obtener un AA Título en: _____ <input type="checkbox"/> Obtener un certificado en: _____ <input type="checkbox"/> Transferir a la universidad de _____ <input type="checkbox"/> Otras, describe: _____ <input type="checkbox"/> Inseguro y me gustaría ayudar a averiguarlo-AVANZAR		<input type="checkbox"/> Estoy inscrito/intento inscribirme tiempo completo (12 unidades) <input type="checkbox"/> Estoy inscrito/intento inscribirme medio tiempo (menos de 12 unidades) <input type="checkbox"/> Estoy tomando clases solo en línea y no en el campus Fecha aproximada de graduación: _____	
¿SE GRADUÓ DE LA PREPARATORIA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Año): _____			
¿SUS PADRES SE GRADUARON DE UNA UNIVERSIDAD DE 4 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿ES ELEGIBLE PARA EL CALIFORNIA COLLEGE PROMISE GRANT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
INGRESO TOTAL DEL AÑO ANTERIOR: <small>(Reportado en la declaración de ingresos de EE.UU.)</small>		ESTUDIANTE DEPENDIENTE INGRESO DE PADRE(S)/ PAREJA REGISTRADA \$ _____	ESTUDIANTE INDEPENDIENTE INGRESO DE ESTUDIANTE Y PAREJA/ PAREJA REGISTRADA \$ _____
¿CUANTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA VIVEN EN SU CASA? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 o más			
ESTADO DE FAMILIA Y MATRIMONIAL: <input type="checkbox"/> Soltero/a, sin hijos <input type="checkbox"/> Casado/a, sin hijos <input type="checkbox"/> Soltero/a, con _____ hijos <input type="checkbox"/> Casado/a, con _____ hijos			
¿TIENE USTED ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD DOCUMENTADA?		<input type="checkbox"/> Sí → ¿Recibe servicios a través del centro de recursos de discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> No, no tengo una discapacidad documentada.		<input type="checkbox"/> No, pero me gustaría tomar pruebas para aumentar mi éxito académico.	
¿ES USTED UN VETERANO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ESTA USTED VIVIENDO SIN HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿TIENE USTED TRABAJO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿ES USTED UN JÓVEN DE CRIANZA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA?		
¿QUE MÁS LE GUSTARÍA QUE SUPIÉRAMOS DE USTED?			
¿ESTÁ INVOLUCRADO EN OTROS PROGRAMAS? (EOPS, CALWORKS, VTEA ETC.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuáles?: _____			
FAVOR DE ELEGIR LOS QUE SE APLIQUEN :		<input type="checkbox"/> Recibí mi GED <input type="checkbox"/> No estoy 100% seguro de mis metas académicas <input type="checkbox"/> Tenía notas bajas en la prepa <input type="checkbox"/> Estoy interesado/a en más información sobre ayuda financiera <input type="checkbox"/> Quiero ayuda para obtener buenas notas <input type="checkbox"/> Estoy interesado/a en más información sobre vivienda de bajos ingresos <input type="checkbox"/> Estoy interesado/a en más información sobre otros recursos del colegio	
ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/ Latino			
RAZA: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico			
APOYO ACADÉMICO: ¿EN CUÁLES MATERIAS NECESITA AYUDA?			
¿CUÁLES DE ESTOS RECURSOS LE INTERESARÍA RECIBIR?		<input type="checkbox"/> Tener un mentor <input type="checkbox"/> Participar en eventos culturales de equidad <input type="checkbox"/> Apoyo Académico <input type="checkbox"/> Ser un mentor <input type="checkbox"/> Viajes a universidades <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Préstamo de libros <input type="checkbox"/> Talleres para éxito académico <input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Útiles escolares <input type="checkbox"/> Préstamo de ordenador portátil <input type="checkbox"/> Recursos en la comunidad	

Entiendo que después de la aceptación del Programa de Equidad, estoy obligado a cumplir con ver a un consejero académico una vez al trimestre, asistir un evento, entregar un reporte de mis notas a mitad del trimestre y cualquiera otra documentación que me piden. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la falsificación de la información proporcionada puede invalidar mi solicitud.

Firma del estudiante _____ Fecha ____ / ____ / ____