



APLICACIÓN del PROGRAMA DE EQUIDAD

STAFF USE ONLY

Date received: _____

 Eligible Not eligible

Date admitted: _____

Mentor assigned: _____

NOMBRE LEGAL:		NOMBRE PREFERIDO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	NUMERO DE ESTUDIANTE:
DIRECCIÓN DE ENVÍO: <small>(Incluye: ciudad, estado, código postal)</small>	CORREO ELECTRÓNICO:		
NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE CELULAR:		
MEJORE FORMA DE CONTACTO:	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Texto/Mensaje <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Otro:		
¿SE GRADUÓ DE LA PREPARATORIA?:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (AÑO): _____	NACIONALIDAD:	<input type="checkbox"/> No Ciudadano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Residente Permanente
METAS ACADÉMICAS:	<input type="checkbox"/> Obtener un AA Título en: _____	ESTADO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/> Esto inscrito/intento inscribirme tiempo completo (12 unidades)
	<input type="checkbox"/> Obtener un certificado en: _____		<input type="checkbox"/> Esto inscrito/intento inscribirme medio tiempo (menos de 12 unidades)
	<input type="checkbox"/> Transferir a la universidad de _____		Fecha aproximada de graduación: _____
	<input type="checkbox"/> Otras, describa: _____		
¿Sus padres se graduaron de una universidad de 4 años?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es elegible de Exención de la cuota de inscripción BOGFW?		<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 UN VETERANO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿ESTA VIVIENDO SIN HOGAR?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ES UN JOVEN 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 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 Pacifico		
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	

Entiendo que después de la aceptación del Programa de Equidad, estoy obligado a cumplir con ver a un consejero académico una vez al trimestre, entregar un reporte de mis notas a mitad del trimestre y cualquier otra documentación que se me pida.

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 alumno _____ Fecha ____ / ____ / ____