



Información 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: _____

Correo electrónico **PERSONAL** del estudiante: _____

Correo electrónico **DE LA ESCUELA** del estudiante: _____

Correo electrónico **PERSONAL** del **PADRE(S)**: _____

Escuela y Nivel de Grado

Escuela Preparatoria: _____ Grado: ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

¿Dos carreras que te interesan?: 1.) _____ 2.) _____

¿Dos Colegios/Universidades que te interesan?: 1.) _____ 2.) _____

Permiso de Residencia

- ☐ Ciudadano de los Estados Unidos
☐ Residente Permanente Legal ** Copia de Tarieta de Residencia **.

Sólo para uso de oficina

Verificado: _____ 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 (Ingles como segundó idioma) ☐ N/A

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: _____
☐ N/A

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 _____ Relación con el solicitante _____ Número de teléfono _____

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

Información de los Padres

Número personas que viven 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: _____

Ingreso Imponible del año _____

Forma

Línea

Ingreso imponible (Taxable Income)

☐ **1040**

línea 15

\$ _____

*[se requiere ingreso imponible, **NO ingreso Total (Taxable Income) No (Gross Income)***

☐ 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.

☐ Seguro Social \$ _____

☐ Invalidez \$ _____

☐ Hijo adoptivo \$ _____

☐ Asistencia pública \$ _____

☐ Seguro del desempleo \$ _____

☐ Otro (Por favor explique) \$ _____

Atención: Padres o Tutor

Nuestra oficina no procesará esta solicitud sin ingresos de los padres. Por favor asegúrese de que la información de ingresos de los padres es completa antes de enviar. Por favor póngase en contacto con nuestra oficina si tiene alguna pregunta. Hablamos español.
(559) 278-2276.

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

FRESNO STATE[®]
Educational Talent Search

Tipo de elegibilidad

Uso en oficina

- ☐ Primera Generación y de bajos ingresos
- ☐ Sólo bajos ingresos
- ☐ Sólo Primera Generación
- ☐ Otro

TRIO
TALENT SEARCH