**Para aplicar para la solicitud del TRIO Communication Upward Bound (CUB) necesitará lo siguiente:**

* Completar esta solicitud de 9 páginas
* Proveer prueba de ingresos (copia de impuestos)
* Completar una declaración de una página explicando por qué usted quiere ser parte del programa CUB (vea página 8)
* Forma de recomendación – debe ser completada por un maestro, mentor, o líder de la comunidad. (vea página 9-10)
* Por favor contacte a la Sra. Carla Williams al, 316-978-6896, si usted requiere más información sobre el programa o asistencia.

**Send to:**

Attn: Carla Williams

Wichita State University

TRIO Communication Upward Bound Program

1845 N. Fairmount - Box 31

Wichita, KS 67260-0031

**Solicitud del Programa**

## TRIO Communication Upward Bound (CUB)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Apellido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Primer nombre | | | | | | | | | | | I.N.S del Segundo nombre | | | | | | | |
| Dirección: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | Dirección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de apartamento/Unidad | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | | | Ciudad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | Código Postal | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de Seguro Social: | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Grupo Étnico o Racial** *(Marcar todos los que apliquen)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nativo de América del Norte/ Alasqueño | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Asiático/Isleño del Pacífico | | | | | | | | | |  | Negro/Afroamericano | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Hispano/Latino | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Blanco/Caucásico | | | | | | | | | |  | Otro | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Genero/Edad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Masculino | | | | | |  | | | | | Femenino | | | | | | Edad: | | | |  | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Es usted ciudadano estadounidense? | | | | | | | | | |  | | | | | Si | | | | |  | No | | Si no, ¿Es usted un residente permanente? | | | | | | | | | | | | | |  | | Si | |  | No |
| *Si no es un residente permanente, necesitará presentar prueba de su estatus migratorio* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Requiere usted asistencia especial? | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | Si |  | | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Si es así, explique*: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Are you ¿Esta empleado? | | | | | | | |  | | | Si | |  | | | | No | | | | *If yes, how many hours do you work ¿Cuántas horas trabaja semanalmente?* | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información Escolar** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escuela Actual: | | |  | | | | | | | | | | | Secundaria en que espera matricularse  (solamente si es diferente de lo actual) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consejero escolar: | | | |  | | | | | | | | Mes/Año que se espera graduar de la secundaria | | | | | | | | | | | | |  | | | | Año escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Promedio general de calificaciones actuales (GPA): | | | | |  | | | | | | | | ¿Cuántos créditos de bachiller ha logrado? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha reprobado alguna materia? | | | | | | | | |  | Si | | |  | | | No | | *Liste la(s) materia(s*) *que reprobó*: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Usted participa en algunos de los siguientes servicios en su escuela? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Laboratorio de matemática | | | | | |  | Laboratorio de escritura/lectura | | | | | | | | |  | | | Programa de Inglés como segunda lengua (ESL) | | | |  | | | Tutoría | | | | |  | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene dificultad en algunas de sus clases? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Si | |  | No | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuáles son sus calificaciones actuales en las siguientes materias? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inglés | |  | | | | Matemáticas | | | | |  | | | | | | | | Ciencias | | | |  | | | | | | | | Historia | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información Familiar** | |
| **Nombre de su madre o guardián legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nombre de su padre o guardián legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Teléfono de empleo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Teléfono de empleo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Número celular:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Número celular:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nivel más alto de educación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Nivel más alto de educación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Con quién vive? | |  | Madre |  | | Padre | | | |  | | Ambos | | | |  | | Solo | | | Guardián | |
| Número total de todos los miembros de casa *(inclúyase usted)* | | | | |  | | | Ingresos anuales del hogar | | | | | | |  | | | | | | | |
| ¿Alguno de sus padres ha recibido un título de cuatro años (titulo universitario) | | | | | | | | |  | | Madre | | |  | | | Padre | | |  | | Ninguno |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contacto de emergencia |  | | | | | | Relación | | | | | |  | | | | | | Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autorización** | | | | | | |
| Yo entiendo las metas, objetivos, y requisitos del programa TRIO Communication Upward Bound, y me comprometo a cumplirlos. Entiendo también que si yo no cumplo con las metas, objetivos, y requisitos ,yo seré despedido del programa. Yo certifico que toda la información que he proveído es valida y correcta según mi leal saber y entender. | | | | | | |
| Firma del estudiante |  | | Fecha | |  | |
|  | | | | | | |
| Yo entiendo las metas, objetivos, y requisitos del programa TRIO Communication Upward Bound, y me comprometo a apoyar a mi hijo o hija en cumplirlos. Entiendo también que si mi hijo o hija no cumple con las metas, objetivos, y requisitos él o ella serán despedidos del programa. Yo certifico que toda esta información que he proveído es valida y correcta según mi leal saber y entender. | | | | | | |
| Firma del padre o guardián | |  | | Fecha | |  |
|  | |  | |  | |  |

**Declaración Familiar/Financiera**

## TRIO Communication Upward Bound (CUB)

***Debe ser completado por uno de los padres o guardián***

Uno de los criterios para admisión al Programa es que usted cumpla las pautas de ingreso establecidas por el Departamento de Educación de EE.UU. Antes que podamos determinar su elegibilidad, por favor conteste las siguientes preguntas y adjunte **una copia de su declaración de impuestos o tarjeta médica.**

**Esta información es estrictamente confidencial y se mantendrá en la oficina de CUB de acuerdo con el acta provisional de educacion general. (lo cual resume los derechos de privacidad del padre y estudiante.)**

**Ingreso Familiar**

1. ¿Presentó una declaración de impuestos el año pasado? 🞏 Sí 🞏 No
2. Ingreso bruto familiar del año pasado (antes de impuestos u otras retenciones) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ingresos brutos ajustados $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ¿Cuáles de los siguientes es la fuente de la información que usted proveyó? (marque todos los que apliquen)

□ Empleo del padre Occupation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Empleo de la madre Occupation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Prestaciones/beneficios sociales Amount per/month: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Seguro Social Amount per/month: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Otros ingresos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ¿Califica usted para beneficios de veteranos? □ Sí □ No Si es así, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuántos dependientes reclamó usted en la declaración de impuestos del año pasado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número total de personas que viven en su hogar (incluyéndose usted): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hijo acogido/adoptivo, la cantidad del ingreso mensual y personal del niño/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿El estudiante es un ciudadano estadounidense? 🞏 Sí 🞏 No

¿Cuáles son sus preocupaciones principales que concierne al plan educativo de su hijo/a? (favor de marcar todos los que apliquen)

☐ ¿Cómo financiar el colegio? ☐ Ayudar a mi hijo/a estar académicamente preparado

☐ Decidir donde deberían de asistir

☐ ¿Como mandar una solicitud de admisión al colegio? ☐ Ayudar a mi hijo/a estar preparado socialmente

☐ Otras preocupaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo declaro que la información en este documento es valida y correcta según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián Fecha

**Proveedor de Seguro**

## TRIO Communication Upward Bound (CUB)

***Debe ser completado por uno de los padres o guardián***

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del padre: : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Ciudad, Estado Código postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de empleo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante, ¿Está cubierto por seguro médico? □ Sí □ No

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\*\* Por favor adjunte una copia de la tarjeta de seguro, asegurándose tomarle copia al frente y atrás de la tarjeta. Incluya copias de todas las tarjetas aceptadas por el estado de beneficios o la oficina de S.R.S. \*\*\**

**Proveedor Médico**

Yo autorizo que el programa TRIO Communication Upward Bound provea servicios de emergencia médica y/o dental para mi hijo/a. Yo no mantendré de ninguna manera responsable a Wichita State University o al programa CUB por cualquier tratamiento que sea necesario sean esos servicios médicos o dentales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián Fecha

**Consentimiento de padre para viajar**

Yo autorizo al programa de CUB que provea transportación a mi hijo/a a las actividades del programa. Por lo presente yo renuncio al programa de CUB de cualquier responsabilidad de actos criminales de malicia, vandalismo, robo, y de cualquier otra forma de comportamiento ilegal durante los viajes patrocinados a mi hijo/a por el programa de CUB.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián Fecha

## Autorización de liberación de registros

## TRIO Communication Upward Bound (CUB)

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Este documento debe ser completado por el estudiante y el padre o guardián.

El Departamento de Educación de EE.UU. requiere que el programa TRIO Communication Upward Bound (CUB) en Wichita State University siga y monitoreé el progreso académico del estudiante participando en CUB mediante el seguimiento de graduación de escuela secundaria, matrícula universitaria, y graduación universitaria, etc.

En consideración de que (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sea aceptado/a para participar en el programa TRIO Communication Upward Bound en Wichita State University, por lo presente yo/nosotros específicamente autorizo que todas las instituciones secundarias y postsecundarias atendidas por (Nombre del estudiante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que liberen la siguiente información a los representantes del programa TRIO Communication Upward Bound de Wichita State University:

**Educación Secundaria:**

* Logros, competencia de aptitud, evaluaciones del estado, y los resultados de exámenes de interés (ACT, PACT, SAT, PSAT, resultados del examen de habilidades básicas de Iowa y todos los otros exámenes tomados desde el séptimo año escolar.)
* Expediente académico oficial
* Copias oficiales de libretas de calificaciones
* Carta de actividades o listas de actividades extra-o co-curriculares
* Datos de antecedentes familiares
* Información de entrevista de administración escolar, consejeros y profesores  Información relacionada a su salud durante el verano residencial

**Educación Postsecundaria:**

* Comprobante de verificación de la matrícula
* Libretas de calificaciones o información documentando el progreso académico
* Información sobre el título obtenido
* Información de entrevista de administradores escolares

Este permiso está otorgado por un periodo de tiempo y no debe excederse de los diez (10) años después de la graduación de la escuela secundaria o hasta que este contrato sea específicamente cancelado por ambos, (nombre del estudiante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y su padre o guardián.

Como resultado de la firma del presente documento, el estudiante solicitante y su padre/madre/guardián certifica que están ofreciendo esta autorización con plena comprensión y voluntariamente en la consideración del estudiante que solicita su participación en el programa TRIO Comunicación Upward Bound en Wichita State University, y para permitir que el Centro cumpla los requisitos impuestos por el Departamento de Educación de los Estados Unidos, la organización financiera.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del estudiante |  | Fecha |  | Nombre del padre/madre/guardián |  | Fecha |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Firma del estudiante |  | Fecha |  | Firma del padre/madre/guardián |  | Fecha |

**AVISO:** La información obtenida mediante este documento no serán transferidos a ninguna otra persona o entidad que anteriormente fueron enumerados, sin el consentimiento de la persona cuya firma aparece aquí.

**INSTITUCIONES:** Escuelas actuales pueden retener copias de este documento para el archivo estudiantil.

## Declaración Personal

## TRIO Communication Upward Bound (CUB)

Nombre del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Por favor aborde los siguientes puntos en un ensayo de una página, respondiendo también la siguiente pregunta, “¿Por qué quiero ser parte del programa Communication Upward Bound?”*

* Qué tipo de educación espera obtener después de la escuela secundaria?
* ¿En qué tipo de institución post-secundaria está interesado en asistir?
* ¿En qué tipo de carreras bajo la rama de comunicaciones está interesado en tomar?
* ¿Cuáles son sus metas profesionales y cómo planea conseguirlas?
* ¿Por qué es la educación importante para usted?

Por favor escriba nítidamente y entendiblemente o escriba a máquina su ensayo y adjúntelo a ésta página. Si decide escribir su ensayo a máquina por favor escriba su nombre y el nombre de su escuela actual en la parte superior de su ensayo.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## 

**Forma de recomendación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante** Apellido | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Apellido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Primer nombre | | | | | | | | | | | | INS del Segundo nombre | | | | | |
| Dirección | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Dirección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de apartamento/Unidad | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | Ciudad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | | | | Código postal | |
| Teléfono de casa: | | | | | ( ) | | | | | | | | | | Número de seguro social: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escuela Secundaria: | |  | | | | | | | | | | | Año escolar: | | | |  | | | | | Promedio de calificaciones (GPA): | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nominador: | | |  | | | | | | | | | Título: | | | |  | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Por qué este estudiante sería un buen candidato para el programa TRIO Communication Upward Bound? (continúe atrás si es necesario) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Preguntas sobre el estudiante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El estudiante participa en algunos de los siguientes servicios escolares? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Laboratorio de matemática | | | |  | | | Laboratorio de escritura/lectura | | | | |  | Programa de Inglés como segunda lengua  **(**ESL) | | | | | |  | | | Tutoría | | | | | | |  | | | Otro | | | | |
| ¿Qué tipo de educación desea lograr el estudiante después de la secundaria? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Universidad de cuatro años | | | | | | | | |  | Fuerzas Armadas | | | | | |  | | Nada | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Universidad de dos años | | | | | | | | |  | Escuela vocacional o técnica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ¿Cuáles son los intereses profesionales del estudiante, específicamente bajo la rama de comunicaciones o periodismo ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Comentarios adicionales? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Nominador | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | | | |  | | | | | | |