

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

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 (*inclíyase usted*) _____ Ingresos anuales del hogar _____

¿Alguno de sus padres ha recibido un título de cuatro años (título 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? _____

- 5.) ¿Cuántos dependientes reclamó usted en la declaración de impuestos del año pasado? _____
Número total de personas que viven en su hogar (incluyéndose usted): _____
- 6.) Hijo acogido/adoptivo, la cantidad del ingreso mensual y personal del niño/a: _____
- 7.) ¿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 Ayudar a mi hijo/a estar preparado
- ¿Como mandar una solicitud de admisión al colegio? socialmente Ayudar a mi hijo/a estar preparado
- 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 monitoree 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.

Forma de recomendación

Nombre del estudiante			
<i>Apellido</i> _____			
<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>INS del Segundo nombre</i>	
Dirección			
<i>Dirección</i> _____			<i>Número de apartamento/Unidad</i>
<i>Ciudad</i> _____		<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
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?			
<input type="checkbox"/> Laboratorio de matemática	<input type="checkbox"/> Laboratorio de escritura/lectura	<input type="checkbox"/> Programa de Inglés como segunda lengua (ESL)	<input type="checkbox"/> Tutoría <input type="checkbox"/> Otro
¿Qué tipo de educación desea lograr el estudiante después de la secundaria?			
<input type="checkbox"/> Universidad de cuatro años	<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/> Nada	
<input type="checkbox"/> Universidad de dos años	<input type="checkbox"/> 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



WICHITA STATE
UNIVERSITY

TRIO PROGRAMS

Communication Upward Bound

Wichita State University
TRIO Communication Upward Bound
1845 Fairmount St. Box 31 • Wichita, KS 67260
Dr. Richard N. Armstrong, Director
316.978.6731 • www.wichita.edu/cub