

# CAL POLY EDUCATIONAL TALENT SEARCH SOLICITUD DEL PROGRAMA

**Complete y entregue esta aplicación para ser considerado para ETS.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Femenino Masculino

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

El programa ETS tiene ciertos requisitos de elegibilidad. ¿Es un ciudadano Estadounidense, tiene residencia legal, o está en trámite para recibir residencia legal? Sí No

Número de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular de estudiante: \_\_\_\_\_

¿Puede comunicarse ETS a través de mensajes de texto? Sí No

Grado actual: \_\_\_\_\_ Promedio acumulativo: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste (elija una):	Fesler Junior High	Nipomo High School	Santa María High School
	McKenzie Junior High	Pioneer Valley High School	Righetti High School
	Mesa Middle School		

Si está en la secundaria, ¿qué preparatoria asistirá? \_\_\_\_\_

¿Es Hispano/a o Latino/a? Sí No

De las siguientes opciones, ¿con cuáles se identifica? (elija una o más)

Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiático	Negro o Afro-Americano	Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico
	Blanco	Desconocido	

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? \_\_\_\_\_

¿Tiene acceso al internet en su casa? Sí No

¿Tiene un trabajo fuera de la escuela? Sí No

Si sí tiene un trabajo, ¿cuántas horas trabaja por semana? \_\_\_\_\_

¿Tiene necesidad de asistencia especial, como acceso para silla de ruedas, o acceso a asistencia visual o auditiva? Sí No

Si sí requiere asistencia especial, por favor explique. \_\_\_\_\_

¿Con qué actividades está involucrado/a? Ejemplos incluyen clubs, deportes, EAOP, Upward Bound, AVID, servicio comunitario, asistencia clériga, etc.

¿Qué metas o deseos específicos tiene para su futuro?

¿Qué anticipa aprender del programa ETS?

Nombre de madre / Guardián legal: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

¿Puede comunicarse ETS a través de mensajes de texto? Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de padre / Guardián legal: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

¿Puede comunicarse ETS a través de mensajes de texto? Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por favor indique el nivel educativo mas alto que completaron sus padres biológicos / adoptivos:

	Madre	Padre
Ningún estudio formal		
Un poco de estudio, pero menos de la preparatoria		
Bachiller o GED		
Licenciatura de un colegio comunitario		
Licenciatura a nivel universitario		

¿Recibe almuerzo gratuito en la escuela el estudiante? Sí No

¿Recibe almuerzo a un precio descontado el estudiante? Sí No

Número de miembros familiares en el hogar: \_\_\_\_\_

Por favor circule el intervalo de los ingresos imponibles (taxable income) del año pasado :

\$0—\$18,090	\$18,091—\$24,360	\$24,361—\$30,630	\$30,631—\$36,900
\$36,901—\$43,170	\$43,171—\$49,440	\$49,441—\$55,710	\$55,711—\$61,980
\$61,981—\$68,250	\$68,251—\$74,520	\$74,521—\$80,790	\$80,791 ó más

Por favor lea y firme debajo de la declaración siguiente:

Yo / Nosotros otorgo/amos permiso al programa de Búsqueda de Talento Educativo (Educational Talent Search/ETS) de Cal Poly acceso a expedientes educativos o financieros para determinar su: elegibilidad para el programa; estatus y progreso a nivel de secundaria, preparatoria, y universitario; y elegibilidad para asistencia financiera. Más aún, yo concedo permiso al programa ETS para usar el nombre, fotografía, trabajos, y/o testimonios de mi estudiante para propósitos promocionales, publicitarios, o instructivos en formatos impresos y/o electrónicos.

Mi estudiante tiene permiso para participar en las excursiones programadas y supervisadas por ETS. Si mi estudiante habría de requerir atención y/o cuidado médico mientras participa en ETS, doy mi consentimiento a exámenes médicos y tratamiento necesario, incluyendo medicamento, rayos-x, y cirugía tal como sea sugerida por el médico. Este consentimiento quedará valido durante la participación continua en ETS. Si habría de ocurrir una emergencia, los empleados de ETS harán lo mejor posible por contactarme y considerarán mis deseos en cuanto el tratamiento. En el evento que no me puedan contactar, el médico tendrá mi consentimiento para ofrecer el tratamiento que su juicio médico dicte.

*Toda la información proveída en esta solicitud es precisa a lo mejor de mi conocimiento.*

X \_\_\_\_\_

Firma de Padre / Guardián

Fecha

X \_\_\_\_\_

Firma de Estudiante

Fecha