



**University of
Bridgeport**

**EDUCATIONAL TALENT SEARCH
APLICACIÓN PARA SERVICIOS**

ETS USE ONLY E ___ S ___

Declaración de confidencialidad: El propósito de la información requerida en esta solicitud es para determinar la elegibilidad de la persona aplicando para el programa Educational Talent Search. La información recibida será en manera confidencial.

DEBE SER LLENADO EN TINTA AZUL O NEGRO (no lápiz)

I. INFORMACIÓN DEL CANDIDATO

Favor de escribir separado Fecha: ___ \ ___ \ ___

Nombre: ___ \ ___ \ ___
Nombre Nombre del Medio Apellido

Dirección: ___
Numero de casa y nombre de calle Apt. #
 ___ \ ___ \ ___
Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

Numero Telefónico: (___) ___ e-mail: _____

Fecha de Nacimiento: ___ \ ___ \ ___ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: macho ___ hembra ___ ¿Tiene un hermano/hermana en el Programa de Si ___ No ___

En caso afirmativo indique el nombre y la escuela: _____
Nombre hermano/hermana escuela/grado

Ciudadanía: ___ Ciudadano de EE.UU. ___ Residente Permanente – Numero _____
 ___ Otro (favor de explicar) _____ País de Nacimiento _____

ÉTNICIDAD: ___ Americano Nativo ___ Asiático ___ Moreno/Afro Americano ___ Latino ___ Anglo

Incapacidades: _____ Físicas _____ Aprendizaje _____ Ningunas

Escuela: _____ Número de Estudiante: _____

Grado: _____ Fecha de Graduación (Aproximada) ___ \ ___ \ ___

¿Usted con quien vive ___ Dos Parientes ___ Un Pariente ___ Padres de Crianza ___ Esposo(a)
 ___ Guardián Legal ___ Otro (favor de explicar) _____

SS # ** es requerido por el Departamento de Educación de EE.UU. y se mantiene en un lugar seguro.

II. INFORMACIÓN DE FAMILIA

INFORMACIÓN DE PARIENTE FEMENINO (FAVOR DE ESCRIBIR SEPARADO)

Nombre de Pariente Femenino: _____

¿Cual es su relación ___ Madre ___ Madrastra ___ madre adoptiva ___ Guardián ___ Otro

(Si otro, por favor explique): _____

¿Su dirección es igual que la suya ___ Sí ___ No Si no, escribe su direccion:

_____ Dirección de la Calle Apt #

Ciudad/Pueblo \ Estado \ Código Postal \ Número Telefónico \ e-Mail

Secundaria completa /G.E.D. ___ Sí ___ No Universidad completa (B.A / B.S.) ___ Sí ___ No

Ocupación: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Estatus Matrimonial: **(Escoja uno)** Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Separada ___ Viuda ___

INFORMACIÓN DE PARIENTE MASCULINO (FAVOR DE ESCRIBIR SEPARADO)

Nombre de Pariente Masculino: _____

¿Cuál es su relación ___ Padre ___ Padrastro ___ Padre adoptivo ___ Guardián ___ Otro

(Si otro, por favor explique): _____

¿Su dirección es igual que la suya ___ Sí ___ No Si no, escribe su direccion:

_____ Dirección de la Calle Apt #

Ciudad/Pueblo \ Estado \ Código Postal \ Número Telefónico \ e-Mail

Secundaria completa /G.E.D. ___ Sí ___ No Universidad completa (B.A / B.S.) ___ Sí ___ No

Ocupación: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Estatus Matrimonial: **(Escoja uno)** Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Separado ___ Viudo ___

Idioma(s) que habla su familia: _____

III. IMPUESTOS FAMILIAR

¿Su familia recibe asistencia de alguno de los siguientes departamentos?

Asistencia Pública (AFDC) ___ Sí ___ No

Seguro Social ___ Sí ___ No

Beneficios de Veteranos ___ Sí ___ No

Cupones de Alimento ___ Sí ___ No

Compensación de Desempleo ___ Sí ___ No

Otro(s) _____

***Si los impuestos anuales de su familia son de uno de los departamentos de beneficios, puede ser requerido entregar una copia de un cheque o un sumario de beneficios.**

IV. CONTACTOS ALTERNATIVOS

Por favor anote los nombres de dos personas que no sean parientes/guardianes que nosotros podemos localizar en caso de emergencias **(amigos o familiares que no viven contigo)**.

1. Nombre _____ Relación _____

Dirección: _____

Dirección de Calle

Apt. #

Ciudad \ Pueblo

Estado

Código Postal

Teléfono: Días (_____) _____ Noches (_____) _____

2. Nombre _____ Relación _____

Dirección: _____

Dirección de Calle

Apt. #

Ciudad \ Pueblo

Estado

Código Postal

Teléfono: Días (_____) _____ Noches (_____) _____

V. AFFILIATIONS

¿Tiene el estudiante pertenece a todos los demás programas **Si** _____ **No**_____

En caso afirmativo, indique el nombre del programa (s): marque lo que corresponda:

Universidad Fairfield	Upward Bound	_____
Universidad Sacred Heart	Upward Bound	_____
Smart Start		_____
Public Ed. Fund	MAACS	_____
State of Connecticut	GEARUP	_____
Bridgeport	GEARUP	_____
Other		_____

VI. FIRMA

Con mi firma abajo está indicado que la información en esta aplicación es verdadera, completa y autentica. Yo reconozco que para que mi hijo, hija, o yo mismo participar en el programa Universito of Bridgeport Educational Talent Search, puedo ser requerido entregar copias de uno(s) de los siguientes: mis impuestos federales del año pasado, el formulario de mi W-2, dos comprobantes reciente de mi sueldo, o una afirmación de la agencia de asistencia pública.

Con mi firma abajo, también afirmo que en mi escuela o la escuela de mi hijo o hija entregan al programa Universito of Bridgeport Educational Talent Search los archivos académicos que pueden incluir pero no está limitado a uno o más de los siguientes:

- CONNECTICUT STATE MASTERY TESTS
- SAT, ACT, PSAT, ETC,
- CALIFORNIA ACHIEVEMENT TESTS
- STANFORD 9 ACHIEVEMENT TESTS
- REPORT CARDS & CAREER INTEREST INVENTORIES
- TRANSCRIPTS
- TODAS LAS PRUEBAS DE OTRO TIPO PRESTADA POR LA ESCUELA

Fecha: _____ Firma del Pariente/Guardián: _____

(La firma del pariente es requerido si el candidato tiene menos de 18 años o si las finanzas del pariente están en esta aplicación.)

Fecha: _____ Firma del Alumno: _____