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: _____
Nambre 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 direcion:

_____
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 direcion:

_____
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 (CMT)
-CONNECTICUT ACADEMIC PERFORMANCE TEST SCORES (CAPT)
-REPORT CARDS & CAREER INTEREST INVENTORIES
-SAT, ACT, PSAT, ETC.
-TRANSCRIPTS
- All OTHER ACADEMIC ASSEEMENT TESTS TAKEN BY STUDENT

Fecha: _____ Firma del Pariente/Guardián:_____
(La firma del pariente es requerido si el candidato tiene menos de 18 años o si las financias del pariente están en esta aplicación.)

Fecha: _____ Firma del Alumno: _____

Mailing Address: **126 Park Avenue, Bridgeport, CT 06604**
Hand delivery address: **South Hall, 115 Broad Street, Bridgeport CT 06604, Room 201**
Email Address: **Talentsearch@bridgeport.edu**
Website Address **http://www.bridgeport.edu/academics/ubsupportservices/ets**