APLICACIÓN

Apellido Name _____ First nombre _____

Dirección postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Raza: (Marque todo lo que corresponda) _____ Nativo americano _____ Asiático /Isleño del Pacífico
_____ Afroamericano _____ Hispano _____ Nativo hawaiano
_____ Más de una raza _____ caucásico

¿Eres un joven desconectado? (Esto significa que usted está viviendo separado de su(s) padre(s) biológico(s), ya sea por adopción o cuidado de crianza) _____ Sí _____ No
**Tenga en cuenta que es posible que sea necesario enviar documentación.*

Sexo: _____ Macho _____ Femenino

¿Cuál es su primer idioma preferido? _____ Inglés _____ Español
_____ Otros (Lista _____)

Número de Seguro Social: _____

Dirección de correo electrónico del estudiante: _____

Número de teléfono celular del estudiante: _____

Número en el hogar (incluyéndote a ti mismo): _____ Lista a continuación:

Nombre	Relación	Edad
	PROPIO	

Escuela que actualmente asiste a _____

Nombre del Consejero Escolar _____

Haga una lista de los cursos que está tomando.

**Adjunte una copia de sus calificaciones actuales a la solicitud completada.*

¿Alguna vez ha participado en un programa preuniversitario similar a Upward Bound (por ejemplo, Talent Search, Gear Up, AVID)? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, especifique el programa y la escuela u organización patrocinadora.

Persona de contacto del programa

ESTUDIANTE QUESTIONAIRE

¿Cuáles son sus planes después de graduarse de la escuela secundaria? (Considere la posibilidad de enumerar sus objetivos): adjunte páginas adicionales, si es necesario):

¿Por qué es importante para ti la educación?

¿Qué dificultades estás teniendo en este momento? (Por ejemplo, problemas con el contenido del curso, necesita tutoría en matemáticas, inglés, ciencias, etc.).

Firma del estudiante _____ Date _____

INFORMACIÓN PARA PADRES

Sírvanse indicar el nivel de educación completado. Marque "Sí" solo si ha completado el grado indicado. Si ha comenzado un título, pero no lo ha completado, marque "No".

Relación con el solicitante y el nombre	Diploma de escuela secundaria o GED	Título universitario de 2 años	Título universitario de 4 años
Nombre de la madre:	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No
Nombre del padre:	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No
Nombre del tutor legal:	____ Sí	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No
Nombre del tutor legal:	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No

¿Es cualquiera de los padres/tutores un miembro activo de las fuerzas armadas? _____ Sí
_____ No

Si marcó que sí, escriba el nombre de la persona _____

¿Es cualquiera de los padres/tutores un miembro retirado de las fuerzas armadas? _____ Sí
_____ No

Si ha marcado sí, escriba el nombre de la persona _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS DE PADRES/TUTORES

El Departamento de Educación de los Estados Unidos requiere que el personal del Programa Upward Bound recopile estos datos para determinar la elegibilidad de los estudiantes. El hecho de no proporcionar los documentos de respaldo necesarios prohibirá que su hijo sea considerado para la admisión. La información personal que proporcione al Programa Upward Bound se mantendrá confidencial y está protegida por la Ley de Privacidad.

Ingresos anuales reportados en la presentación reciente del IRS: \$ _____

*Deberá enviar una copia de su 1040 presentado, páginas 1 y 2.

Preguntas adicionales:

¿Su familia recibe beneficios no sujetos a impuestos? _____ Yes _____ No

Beneficios del Seguro Social: _____ Sí _____ No

Asistencia en efectivo de Work First: _____ Sí _____ No

Beneficios para veteranos: _____ Sí _____ No

Otro (Especificar) _____

Monto del pago mensual de las fuentes enumeradas anteriormente, si marcó "Sí".

\$ _____

**Deberá presentar una copia de su estado de cuenta mensual para documentar los ingresos mensuales recibidos.*

Firma del Padre/Tutor: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD

LIBERACIÓN GENERAL INCONDICIONAL Y COMPLETA Y PACTO DE NO DEMANDAR

Esto debe ser leído y firmado por todos los participantes que utilicen las instalaciones de Elizabeth City State University (la "Universidad") y / o que participen en cualquier programa en el programa patrocinado por Elizabeth City State University (el Programa Upward Bound) y sus padres / tutores. POR FAVOR, LEA ESTO CUIDADOSAMENTE. AFECTA CIERTOS DERECHOS QUE USTED O SU HIJO PUEDEN TENER SI USTED O SU HIJO SE LESIONAN O SUFREN DAÑOS AL PARTICIPAR EN EL PROGRAMA. A cambio de que Elizabeth City State University me permita a mí / a mi hijo participar en el Programa Upward Bound y otras consideraciones buenas y valiosas, acepto y declaro, en nombre mío, a mi hijo, a mis herederos, cesionarios, albaceas y otros, de la siguiente manera:

1. Esta Liberación y Pacto de No Demandar contiene el acuerdo completo entre la Universidad y yo / mi hijo y reemplaza cualquier comunicación y / o acuerdo anterior, ya sea verbal o escrito, con respecto al tema de este Acuerdo.
2. Soy competente para leer y firmar esto "Liberación general incondicional y completa y pacto de no demandar".
3. Que yo / mi hijo entiendo / s que yo / mi hijo estoy / estamos participando en el Programa Upward Bound voluntariamente y el Programa Upward Bound no es requerido por la Universidad. Yo/Mi hijo entiendo que la participación en el Programa Upward Bound es un privilegio y que este privilegio es un beneficio tangible.

4. Que yo / mi hijo estoy familiarizado y obedeceré, todas y cada una de las políticas establecidas por la Universidad ubicada en <https://www.ecsu.edu/administration/legal/policymanual/index.html>.

5. Que yo/mi hijo comprenda y aprecie/es los riesgos y peligros inherentes de participar en el Programa Upward Bound (por ejemplo, cualquier actividad física u otra actividad del programa) que podrían resultar en daños a la propiedad y/o lesiones personales (por ejemplo, esguinces, huesos rotos, moretones, quemaduras solares, enfermedades relacionadas con el calor u otras lesiones graves, etc.), incluida la muerte; y yo/mi hijo acepto aceptar todos los riesgos, ya sean presentes o futuros, conocido o desconocido, que surja de o como resultado de mi participación en el Programa Upward Bound.

6. Que yo / mi hijo MANTENDREMOS INDEMNE E INDEMNIZAREMOS A ELIZABETH CITY STATE UNIVERSITY, sus funcionarios, administradores, empleados, todos los patrocinadores, afiliados e individuos que ayudan en el Programa Upward Bound por cualquier responsabilidad y todas las reclamaciones de daños, demandas y acciones de cualquier manera que resulten de mi / mi hijo en el Programa Upward Bound.

7. Que yo /mi hijo acepto asumir todos los costos relacionados con mi/la participación de mi hijo en el Programa Upward Bound , incluidos, entre otros, los costos de reparación/reemplazo por daños a la propiedad causados por mí/mi hijo, o gastos médicos.

8. Que entiendo y afirmo que yo /mi hijo estamos sanos y razonablemente en forma para participar de manera segura en el Programa Upward Bound .

9. Que en el caso de que yo / mi hijo no pueda comunicarme debido a una enfermedad, accidente o emergencia mientras participo en el Programa Upward Bound , por la presente doy permiso a un médico seleccionado por el personal del Programa para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y tomar las medidas médicas necesarias para tratarme a mí / a mi hijo.

10. Que yo/mi hijo hemos leído y entendido esto "Liberación general incondicional y completa y pacto de no demandar".

LIBERACIÓN MÉDICA

Entiendo que en el caso de que yo / mi hijo no pueda comunicarme debido a una enfermedad, accidente o emergencia mientras participo en los programas y actividades de año académico y verano del Programa Upward Bound, por la presente doy permiso a un médico seleccionado por el personal del Programa para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y tomar las medidas médicas necesarias para tratarme a mí / a mi hijo. Asumo la responsabilidad total de todos los costos asociados con dicho tratamiento médico.

Información de contacto de emergencia:

PADRE/TUTOR DEL PARTICIPANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

NÚMEROS DE CONTACTO:

PRIMARY _____ SECONDARY _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

POR FAVOR, ENUMERE CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD O ALERGIA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ PHONE NUMBER _____

POR FAVOR, HAGA UNA LISTA DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS A SU HIJO QUE ACTUALMENTE SE TOMAN:

CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO, RENUNCIA Y LIBERACIÓN

Por la Consideración recibida, yo / Nosotros por la presente liberamos y liberamos a la Universidad de todas y cada una de las reclamaciones y demandas que surjan de o en relación con el uso de mi fotografía / fotografía, nombre, imagen o voz de mi hijo, incluidos, entre otros, todos y cada uno de los reclamos por difamación o invasión de la privacidad. Esto confirma que soy mayor de edad y tengo derecho a contratar en mi propio nombre / nombre de mi hijo. Esto reconoce que he leído lo anterior y entiendo completamente el contenido del mismo. Esta liberación será vinculante para mí, mis herederos, representantes legales y cesionarios.

Fecha de firma del participante Fecha de firma del padre/tutor

Nombre Completo (Impreso) Nombre Completo (Impreso)

INFORMACIÓN ADICIONAL (Proporcione cualquier información adicional que desee que el personal del programa sepa sobre su hijo / hija):

COMUNICADO DE INFORMACIÓN

La información solicitada a continuación se utilizará para ayudarnos a proporcionar servicios a su hijo / hija. Para proporcionar los servicios más efectivos, necesitaremos obtener información de varias fuentes, como escuelas intermedias, escuelas secundarias, universidades, agencias de pruebas, consejeros, oficiales de admisión y ayuda financiera, trabajadores sociales, etc. TODA LA INFORMACIÓN RECIBIDA SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE DERECHOS DE LA FAMILIA Y PRIVACIDAD.

Mi firma a continuación autoriza al personal de TRiO Upward Bound a:

1. Solicite una copia de mis informes de progreso de la escuela secundaria y / o la universidad, transcripciones, puntajes de exámenes y / o documentación de comportamiento, promoción de grado o graduación.
2. Solicite una copia de mis informes de progreso de la escuela intermedia, boleta de calificaciones y / o documentación de comportamiento, promoción de calificaciones, retención, matrícula, historial de exámenes y registros de transferencia.
3. Solicite una copia de mis solicitudes y premios de ayuda financiera del gobierno federal, agencias de financiamiento estatales, consejeros de escuelas secundarias e instituciones postsecundarias.
4. Solicite una copia de mis informes de puntaje de exámenes (SAT, ACT, PSAT, PreACT, EOG, EOC, etc.) para todas las agencias o personal de exámenes y / o consejeros escolares o personal escolar.

5. Comunicarse con representantes de agencias o instituciones postsecundarias o secundarias en mi nombre.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo al personal de TRIO Upward Bound a contactar y solicitar información de, así como a proporcionar información a, las partes mencionadas anteriormente.

Firma del estudiante: _____

Firma del padre/tutor: _____

Nombre de usuario de PowerSchool para padres: _____

** El personal de Upward Bound usará su información de inicio de sesión para monitorear el progreso de su hijo, que es necesario para alinear los servicios para garantizar su éxito académico.*