

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE PUERTO RICO
ESL STUDENT SUPPORT SERVICES
P.O.BOX 192017
SAN JUAN, P.R. 00919-2017
TEL. 787-622-8000 EXT. 691, 357 y 261
SOLICITUD DE INGRESO A ESL STUDENT SUPPORT SERVICES

ESL Student Support Services es una propuesta federal que atiende a 140 estudiantes de nuevo ingreso. Le proporcionamos tutorías libres de costo en las áreas de inglés, matemáticas, español, ciencias e ingeniería. Ofrecemos servicios de orientación y consejería, mentoría, educación financiera, ayuda económica si cualifica, así como actividades culturales y académicas y ayuda con la Solicitud de la FAFSA.

Agradeceremos complete la información que le solicitamos. Ésta nos permitirá evaluarle adecuadamente para ofrecerle nuestros servicios.

DEBERÁ ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD CON ORIGINAL O COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Evidencia de ciudadanía estadounidense
- Certificado de Nacimiento
- Pasaporte de E.U.
- Tarjeta de Residente Permanente
2. Comprobante de Ingreso: (incluya aquel que aplique a su caso)
- Planilla de contribución
- Declaración Jurada (si no rinde planilla) o Carta manuscrita en la que detalle específicamente su composición familiar.
- Comprobante Beneficios Asistencia Nutricional
- Comprobante Beneficios de Seguro Social
- Otro
3. Evidencia de veterano
4. Certificación del impedimento como discapacidad emitida por el especialista o profesional.
5. Evidencia de emancipación emitida por un juez.
6. Evidencia de indigencia.

INSTRUCCIONES: FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS PARTES DE ESTA SOLICITUD. LA INFORMACIÓN QUE NOS BRINDE SERÁ MANTENIDA BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD. EL COMPLETAR DEBIDAMENTE LA SOLICITUD EN TODAS SUS PARTES FACILITA ABRIRLE UN EXPEDIENTE EN NUESTRO PROGRAMA. FAVOR DE COMPLETAR LA SOLICITUD A MANUSCRITO O DIGITAL.

I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Inicial

Sexo: F M

Número de estudiante:

Impedimento: Sí No Tipo de Impedimento:

(*El estudiante debe presentar una evidencia del impedimento con las debidas recomendaciones de acomodo razonable (si aplica) y # licencia del especialista que certifique la discapacidad, según lo estipula la ley ADA.)

Fecha de nacimiento:

/

/

Día

Mes

Año

Edad:

Ciudadano estadounidense: Sí ; No ; Residente Permanente (debe presentar la tarjeta)

Dirección Residencial:

Dirección Postal:

Teléfono: (alterno) (celular) (e-mail)

Ayuda para sufragar los estudios: FAFSA (Beca Pell): Sí No Otras:

Posee grado de Bachillerato: Sí No Otro grado:

II. INFORMACIÓN FAMILIAR:

Nombre del padre: _____
Ocupación: _____
Preparación académica: Favor de marcar con una **X** la aseveración que aplique a su caso.
_____ Escuela Elemental _____ Escuela Secundaria _____ Escuela Vocacional _____ Grado Técnico
_____ Universitario (Asociado _____, Bachillerato _____, Maestría _____, Doctorado _____)
_____ No obtuvo ningún grado universitario, indique hasta qué año universitario cursó _____

Nombre de la madre: _____
Ocupación: _____
Preparación académica: Favor de marcar con una **X** la aseveración que aplique a su caso.
_____ Escuela Elemental _____ Escuela Secundaria _____ Escuela Vocacional _____ Grado Técnico
_____ Universitario (Asociado _____, Bachillerato _____, Maestría _____, Doctorado _____)
_____ No obtuvo ningún grado universitario, indique hasta qué año universitario cursó _____

Número de personas que viven con usted (favor de incluirse): _____
Ingreso familiar anual: \$ _____

III. INFORMACIÓN ACADÉMICA:

Programa de estudios seleccionado: _____

Autorizo al personal de ESL Student Support Services a obtener información académica y/o personal necesarias de la Oficina de Admisiones, Registraduría y Asistencia Económica, para determinar mi elegibilidad al Programa. Entiendo que dicha información se mantendrá en estricta confidencialidad y se utilizará para los propósitos antes mencionados. Me comprometo a asistir a orientación académica individual o grupal cada trimestre durante el año. Así como asistir y participar del Programa de Tutorías en las áreas de inglés, español, matemática, ciencias e ingeniería. Me comprometo a participar en las actividades culturales y académicas, talleres y conferencias organizadas por el Programa, que estarán diseñados de acuerdo con los intereses y necesidades académicas y/o personales de los estudiantes.

Entiendo que estaré sujeto a las normas académicas y de conducta establecidas por la Institución y el Programa y que seré expulsado del Programa, sin derecho a obtener los beneficios y servicios que el mismo ofrece, si violentara dichas normas.

Firma del estudiante

Fecha

Autorizo a mi hijo(a) a participar de todas las actividades culturales que realizará el ESL Student Support Services fuera de la Institución. Relevo a la Universidad Politécnica de Puerto Rico y a ESL Student Support Services de toda la responsabilidad legal o de otra índole antes, durante y después de las actividades.

Firma del padre, madre o encargado

Fecha

USO OFICIAL DEL PROGRAMA

Ingreso \$ _____ Número de dependientes _____

Tabla del Gobierno Federal \$ _____

Razón(es) para ser aceptado a ESL Student Support Services:

_____ Primera generación (**First Generation**), según información descrita de los padres en la información familiar e información del estudiante en relación con poseer un grado de bachillerato.

_____ Ingresos bajos (**Low Income**), según el comprobante de ingreso presentado.

Vive con: _____ ambos padres; _____ madre; _____ padre; _____ independiente _____ otro(s): _____

_____ Impedimento* (**With Disabilities**)

*Evidencia del especialista que certifica el impedimento, según la ley ADA: Sí____;No____; N/A ____

*Verificación Institucional de la condición y/o impedimento, según la ley ADA: Sí____;No____; N/A_____

_____ Necesidad académica** (**Academic Need**)

**Evidencia de transcripción: Sí____;No____;N/A____

** Cursos remediales: Sí____;No____;N/A____

** Promedio por debajo de los 2.60: Sí____;No____; N/A____

** Fuera del ámbito académico durante cinco años o más: Sí____;No____;N/A____

** Fracazos en cursos remediales o concentración en la Universidad: Sí____;No____; N/A____

_____ Veterano (**Veteran**)

Aceptado(a)

Denegado(a)

Firma Director(a) ESL SSS

Fecha