



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE PUERTO RICO
PROGRAMA DE SERVICIOS EDUCATIVOS

P.O.BOX 192017

SAN JUAN, P.R. 00919-2017

TEL. 787-622-8000 EXT. 285, 295, 273, 490 Y 667

SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA DE SERVICIOS EDUCATIVOS

El Programa de Servicios Educativos es una propuesta federal que atiende a 140 estudiantes de nuevo ingreso y 97 de seguimiento. Le proporcionamos tutorías libres de costo en las áreas de inglés, matemáticas, español, ciencias e ingeniería. Ofrecemos servicios de orientación y consejería, mentoría, literatura financiera, ayuda económica si cualifica, así como actividades culturales y académicas y ayuda en la realización de 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.

_____ 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 ESTRUCTA 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: _____ / _____ / _____ Edad: _____
Día Mes Año

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

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: (casa) _____ (celular) _____ (e-mail) _____

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

Posee grado de Bachillerato: Sí _____ No _____ Otro grado: _____

Vive con: _____ ambos padres; _____ con mi madre; _____ con mi padre; _____ otros: especifique _____

_____ independiente



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 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 del Programa de Servicios Educativos 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 Programa de Servicios Educativos fuera de la Institución. Relevo a la Universidad Politécnica de Puerto Rico y al Programa de Servicios Educativos 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 al Programa de Servicios Educativos:

_____ 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.

_____ 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____

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

_____ Veterano (**Veteran**)

_____ Aceptado(a)

_____ Denegado(a)

Firma Director(a) PSE

Fecha