



Central Coast Cal-SOAP

Hoja de Información

POR FAVOR ESCRIBA CON CLARIDAD

Fecha: _____

I. Información del estudiante

Escuela: _____ Coordinator del sitio _____ Tutor: _____

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio: _____
Número y calle Número de apto. Ciudad Código postal

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de teléfono: (____) _____ Género: F ____ M ____

Dirección de e-mail: _____ Nivel de escuela (K-16): _____ GPA: _____

¿Será ud el/la primero/a en su familia en asistir al colegio/universidad? Sí No Año de graduación: 7th grade-2011 8th grade-2010 9th grade-2009
 10th grade-2008 11th grade-2007 12th grade-2006

Etnicidad: africano americano asiático/de las islas pacificas filipino latino
 indio americano/nativo de Alaska blanco otro (indique) _____

Ciudadano? Sí No Residente Permanente? Sí No Declinó a la respuesta? _____

II. Información familiar:

Nombre de la madre: _____ Educación: Escuela primaria Escuela intermedia
Nombre Apellido Escuela secundaria Algún colegio
Dirección (si es diferente del estudiante): _____ Programa vocacional Graduado de colegio

Número de teléfono: _____ Número de trabajo: _____

Nombre del padre: _____ Educación: Escuela primaria Escuela intermedia
Nombre Apellido Escuela secundaria Algún colegio
Dirección (si es diferente del estudiante): _____ Programa vocacional Graduado de colegio

Número de teléfono: _____ Número de trabajo: _____

Nombre de apoderado: _____
Nombre Apellido

Ingreso anual familiar: \$0-29,200 \$29,201-\$32,900 \$32,901-\$36,600 \$36,601-\$40,900
 \$40,901-\$44,200 \$44,201-o más

El idioma que habla en el hogar: _____ Número total de miembros en la familia: _____

III. Otra información

Por favor use la línea de abajo para indicar cualquier programas preparatorio colegial o consejería en que está involucrado o en el que ha involucrado aparte de este programa:

EOPS AVID EAOP Upward Bound MESA Educational Talent Search Gear Up Other _____

¿En qué áreas desea más asistencia? _____

Permiso de los Padres: Le doy permiso a mi hijo/a para participar en Cal-SOAP. Le doy permiso a la escuela a compartir información con Cal-SOAP referente a los grados de mi hijo/a, resultados en los exámenes del colegio, asistencia escolar, y horario de clases. Yo entiendo que mi hijo/a será llamado fuera de clases no académicas para reunirse con un consejero de Cal-SOAP dos veces por mes.

For Office Use Only:
Approved by: _____
Entry Date: _____
Eligibility Status:
 Low Income
 First Generation
 Low Income & First Generation
 Regional

Firma de padre o apoderado

Fecha