



Central Coast Cal-SOAP Information Sheet

Please Print Clearly

Date: _____

I. Student Information

School: _____ Site Coordinator _____ Tutor: _____

Student's Name _____
Last First Middle

Address: _____
Street Apt. City State Zip Code

Date of Birth: ____/____/____ Telephone: (____) _____ - _____ Gender: Female ____ Male ____

Email: _____ Grade Level _____ GPA: _____

Are you the first in your family to attend college? Yes No
Expected Graduation Year: 7th grade-2011 8th grade-2010 9th grade-2009
 10th grade-2008 11th grade-2007 12th grade-2006

Ethnicity: African American Asian/Pacific Islander Filipino/a White/Caucasian
 Native American/Alaskan Native Latino Other(write in) _____

Citizen? Yes No Permanent Resident? Yes No Declined to state? _____

II. Parents/Family Information

Mother's Name: _____
First Last

Address (if different from student): _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Father's Name: _____
First Last

Address (if different from student): _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Guardian's Name: _____
First Last Middle

Annual Family Income: \$0-29,200 \$29,201-\$32,900 \$32,901-\$36,600 \$36,601-\$40,900
 \$40,901-\$44,200 \$44,201 or over

Language Spoken at Home: _____ Total Number of Family Members: _____

III. Other Information:

Please use the line below to indicate any college preparatory or advising programs you are or have been involved in other than this program:

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

What areas would you most like assistance in: _____

I give permission for my child to participate in Central Coast Cal-SOAP. I will allow my child's school to share information with Cal-SOAP regarding my child's grades, college test scores, attendance, and class schedule. I understand that my child may be called out of non-academic classes to meet with Cal-SOAP advisors twice per month.

For Office Use Only:
Approved by: _____
Entry Date: _____
Eligibility Status:
<input type="checkbox"/> Low Income
<input type="checkbox"/> First Generation
<input type="checkbox"/> Low Income & First Generation
<input type="checkbox"/> Regional

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



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 Escuela secundaria Algún colegio Programa vocacional Graduado de colegio

Dirección (si es diferente del estudiante): _____
Número de teléfono: _____ Número de trabajo: _____

Nombre del padre: _____ Educación: Escuela primaria Escuela intermedia Escuela secundaria Algún colegio Programa vocacional Graduado de colegio

Dirección (si es diferente del estudiante): _____
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