



High School Equivalency Program (HEP)

University of Texas at El Paso

Aplicación de Estudiante
(Spanish)

Número de identificación HEP: _____

Número de UTEP ID: _____

I. Información Personal

Nombre: _____ Número de Licencia ID/DL : _____
Apellido Nombre(s)

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Idioma: _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes Día Año

Domicilio Permanente: _____ Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Domicilio para correspondencia: _____ Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Email: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Otro

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Ciudadano EEUU: Si Residente EEUU: Si Otro: _____

Origen Étnico: Blanco, no Hispano Asiático/Islas del Pacífico
 Negro, no Hispano Indio Americano/Nativo de Alaska
 Hispano

Ocupación del principal sostén de la familia: _____

Proporcione los nombres de las personas que viven en su casa (inclúyase)

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
_____	_____	_____	Uno mismo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

With a few exceptions, you are entitled on your request to be informed about the information the University of Texas at El Paso collects about you. Under Sections 552.021 and 552.023 of Texas Government code, you are entitled to receive and review the information. Under Section 559.004 of Texas Government Code, you are entitled to have the University of Texas at El Paso correct information about you that is held by us and that is incorrect, in accordance to the procedures set forth in the University of Texas System Business Procedures Memorandum 32. The information that the University of Texas at El Paso collects will be retained and maintained as required by Texas records retention laws(Section 441.180 et seq. of the Texas Government Code) and rules. Different types of information are kept for different period of time.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Presencial

Remota

En linea

Vivienda de emergencia

II. Información Académica

En Estados Unidos

Nombre de la Escuela y Ciudad

Elementary

Middle School

High School

En otro País

Nombre de la Escuela, ciudad y estado

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

Último grado escolar al que asistió: _____

Fecha de baja: _____ / _____

¿Qué idioma se habla en su casa la mayor parte del tiempo? _____; Cómo se enteró del programa HEP? _____

¿Por qué dejó la escuela? _____

III. Información de trabajo de agricultura (No escriba en esta sección)

REQUISITOS Y CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

El/la solicitante deberá tener por lo menos 17 años de edad, o contar con la edad de asistencia obligatoria a la escuela en el Estado en el que reside y que no se encuentre actualmente asistiendo a la escuela.

Que él/ella o su familia inmediata hayan laborado por un mínimo de 75 días durante los últimos 24 meses en trabajo agrícola de temporada o como migrante.

Que sea elegible para participar, o que haya participado durante los últimos dos años, en programas dentro de la parte C of title I of the Elementary and Secondary Education Act of 1965, o dentro de la section 167 of the Workforce Investment Act of 1998.

Que no hayan obtenido su diploma de preparatoria (high school) o su equivalente.

CERTIFICACIÓN DEL HISTORIAL DE TRABAJO DE LA FAMILIA

PARA USO DEL PERSONAL DE HEP

1. Trabajo Agrícola por temporada/temporal 2. Programa Migrante-COE 3. Programa de trabajo para trabajadores agrícolas

1. Trabajo Agrícola por temporada o temporal

❖ El/ella o su familia inmediata hayan laborado por un mínimo de 75 días durante los últimos 24 meses en trabajo agrícola de temporada o como migrante.

Documentación:

Talones de cheques Forma W-2 / Declaracion de impuestos Verificación de ingresos Carta del empleador Forma de verificación de Empleo

Nombre de la compañía: _____

Persona que trabajó: _____

Dirección: _____

Fecha de empleo: Inicio: _____ / _____
Mes Año Fin: _____ / _____
Mes Año

Teléfono: (____) _____ - _____

Sueldo: Inicio: _____ Fin: _____

Tipo de trabajo realizado: _____

Contacto/Posición: _____ Forma de contacto: Teléfono Correo En persona Documentación

Nombre de la compañía: _____

Persona que trabajó: _____

Dirección: _____

Fecha de empleo: Inicio: _____ / _____
Mes Año Fin: _____ / _____
Mes Año

Teléfono: (____) _____ - _____

Sueldo: Inicio: _____ Fin: _____

Tipo de trabajo realizado: _____

Contacto/Posición: _____ Forma de contacto: Teléfono Correo En persona Documentación

2. Programa Migrante(COE)

- ❖ Ser elegible para participar, o que haya participado durante los últimos dos años, en programas dentro de la parte C of title of the Elementary and Secondary Education Act of 1965.

Fecha de ingreso: _____ / _____
Mes Año

Fecha de expiración: _____ / _____
Mes Año

Tipo de trabajo realizado: De temporada: Si No Temporal: Si No

Inicio: _____ / _____
Mes Año

Fin: _____ / _____
Mes Año

Inicio: _____ / _____
Mes Año

Fin: _____ / _____
Mes Año

Descripción de trabajo: _____

3. Programa de trabajo para trabajadores agrícolas

- ❖ Que sea elegible para participar, o que haya participado durante los últimos dos años, en programas dentro de la sección 167 of the Workforce Innovation and Opportunity Act.

Fecha de ingreso: _____ / _____
Mes Año

Fecha de expiración: _____ / _____
Mes Año

Tipo de trabajo realizado: De temporada: Si No Temporal: Si No

Inicio: _____ / _____
Mes Año

Fin: _____ / _____
Mes Año

Inicio: _____ / _____
Mes Año

Fin: _____ / _____
Mes Año

Descripción de trabajo: _____

IV. Información Financiera

¿Recibieron sus padres o los integrantes del hogar de ellos (incluido usted) asistencia de alguno de los programas federales aquí indicados? Marque todos los programas que correspondan.

Beneficio de Seguro Social (SSI)

Programa de almuerzos Escolares Gratuitos o de Precio Reducido

Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

Programa de Asistencia Suplemental Nutricional (SNAP)

Medicare / Medicaid

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

NOTAS: _____

Es de mi conocimiento que la información proporcionada será utilizada por miembros del Programa para determinar mi elegibilidad y ser admitido al mismo. Autorizo al Programa para verificar la información que he proporcionado. Declaro estar de acuerdo en notificar al Programa de cualquier cambio en la información provista. Certifico que la información proporcionada esta completa, es correcta y entiendo que en caso de proporcionar información falsa o incompleta, mi solicitud podría ser rechazada, cualquier oferta de aceptación podría ser rechazada, mi admisión podría ser revocada, o podría ser sujeto a una acción disciplinaria.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del parent o tutor

(Si el solicitante es menor de 18 años)

V. Información Vocacional

¿Ha tomado anteriormente algún examen oficial de GED? Si No

Si es así, dónde y cuándo? _____

FECHA: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Razones para tomar las pruebas (marque todo lo que aplique)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Matricularse a una escuela técnica | <input type="checkbox"/> Mantener el empleo | <input type="checkbox"/> Orden de la corte |
| <input type="checkbox"/> Ingresar al colegio (2 años) | <input type="checkbox"/> Conseguir un mejor empleo | <input type="checkbox"/> Requisito para ayuda publica |
| <input type="checkbox"/> Ingresar a una Universidad (4 años) | <input type="checkbox"/> Requisito del empleador | <input type="checkbox"/> Ser un ejemplo para la familia |
| <input type="checkbox"/> Alguna certificación | <input type="checkbox"/> Admisión al servicio militar | <input type="checkbox"/> Satisfacción personal |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento de trabajo | <input type="checkbox"/> Carrera militar | <input type="checkbox"/> Obtener primer empleo <input type="checkbox"/> Otro |

Perspectivas de carrera:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Su presente situación de empleo (marque todo lo que aplique)

- | | |
|---------------------------------|---|
| Tiempo completo | No está en la fuerza laboral (ama de casa, cuida a un familiar) |
| Medio tiempo (20 horas o menos) | Desempleado (decisión propia) |
| Desempleado (Buscando Trabajo) | Deshabilitado |
| | Retirado |

VI. Información Médica

Esta información es estrictamente para uso del centro de salud, no será proporcionada a ninguna persona sin su consentimiento. No se requiere de una visita médica antes de asistir al programa.

Nombre del estudiante: _____ Apellido _____ Nombre _____

Nombre del doctor de la familia: _____ Teléfono del doctor de la familia: (_____) _____ - _____

Dirección del doctor de la familia: _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

¿Tiene usted seguro médico? Si No Si es así, ¿de qué tipo? Medicaid Seguro del Padre o Tutor Otro

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____ Número de Póliza: _____

¿Tiene algún problema severo que sería necesario conocer y que pueda afectar alguna decisión médica en caso de emergencia, por ejemplo: asma, alergias, padecimientos del corazón, incapacidades físicas, etc.?

¿Tiene restricciones en cuanto a su actividad física? Si es así, ¿Cuáles son?

¿Ha tenido alguna enfermedad grave dentro de los últimos tres años? Si es así, Explique
