



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SOLICITANTE

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social: XXX-XX-_____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): _____

Edad: _____ Género: _____ País de nacimiento: _____

Escuela de procedencia: _____ Pública _____ Privada _____ Homeschooling

Nombre de escuela/colegio de procedencia: _____

Pueblo de escuela/colegio de procedencia: _____

Dominio del idioma: _____ español _____ inglés _____ otros _____

Resides con: ___ Mamá ___ Papá ___ Ambos padres ___ Encargado o tutor ___ Hospedaje

Dirección física/Hospedaje: _____

Dirección postal (si es diferente a la dirección física): _____

Nombre del personal de contacto en caso de emergencia: _____
Parentesco: _____ Teléfono de contacto: _____

Dirección: _____

Total, de miembros de la familia (incluyéndose usted): _____
Encargado: _____ Mamá _____ Papá _____ Ambos padres _____ Otro _____



Transportación: Familiar Pública Uber Vehículo propio Bicicleta Motora Caminando

Programa al que fue admitido: _____

Número de Estudiante: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico institucional: _____

Condición física, sensorial o emocional por la que solicita modificación razonable: _____

Otras condiciones adicionales: _____

Tomas algún medicamento recetado: Sí No Natural

Nombres: _____

Efectos secundarios: _____

Recibe servicio de la Administración de Rehabilitación Vocacional:

Sí No Tengo la primera cita Esperando contestación

Si contesto sí, indique la siguiente información:

Pueblo Oficina ARV: _____ Teléfono: _____ ext. _____

Nombre del consejero (a) _____

Dirección Postal: _____

Recursos tecnológicos que tienes disponibles (marque todos los que apliquen):

Laptop PC Tablet/iPad Celular inteligente

Tienes acceso a internet en tu casa/hospedaje: Sí No

Firma del estudiante

Fecha

Nota: Al escribir su nombre está firmando esta solicitud.