

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Solicitud llenada del programa CAN-TRIO**

### Información demográfica

\_\_\_\_\_ Copia de su identificación con foto estatal o foto de su AHC Bulldog CARD

### Elegibilidad

\_\_\_\_\_ Firma del estudiante

\_\_\_\_\_ Firma del padre (*si usted es menor de 24 años, soltero(a), sin dependientes, y sin servicio militar*).

### Otro

\_\_\_\_\_ Ensayo de presentación personal escrito

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas relacionadas al programa de CAN -TRIO y su proceso de solicitar.

### Programa CAN-TRIO

(805) 922-6966 ext.3434

[canprogram@hancockcollege.edu](mailto:canprogram@hancockcollege.edu)

---

## USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

### Académicos

\_\_\_\_\_ Horario de su semestre actual para verificar su inscripción de tiempo completo en AHC.

\_\_\_\_\_ Certificado de calificaciones de la preparatoria **O** certificado de calificaciones de AHC para verificar que su promedio es de 2.5 o mayor.

\_\_\_\_\_ *Si se aplica*, copia de sus certificados de calificaciones de *otro* colegio/universidad **O** preparatoria.

### Otro

\_\_\_\_\_ Copia de su carta de concesión de Ayuda Financiera (FAFSA por sus siglas en inglés).

\_\_\_\_\_ SEP (*Si el estudiante ya tiene un plan educacional en Allan Hancock College*)

\_\_\_\_\_ Verificación de ciudadanía/residencia

Todos los documentos requeridos presentados el: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Verificado por: \_\_\_\_\_

**Nombre del personal**

**Firma del personal**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Fecha**



## Solicitud al programa

Su información personal está protegida por la Ley de Privacidad de 1974; Solo personas autorizadas y del Departamento de Educación de los Estados Unidos tienen acceso a su información proporcionada. La información proporcionada será usada para determinar su elegibilidad al programa **TRIO**/Programa de Servicios de Ayuda Estudiantil (**TRIO** /SSS por sus siglas en inglés) en Allan Hancock College (AHC).

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

- Nombre: \_\_\_\_\_  

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	--------	----------------------------
- H#: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico de AHC: \_\_\_\_\_ **@my.hancockcollege.edu**
- Dirección de envío: \_\_\_\_\_  

Dirección/Número del apartado postal	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------------------------------	--------	--------	---------------
- Número telefónico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  

Código de área    Número de casa	Código de área    Número de celular
----------------------------------	-------------------------------------
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

Género:  Masculino  Femenino
- Por favor indique raza/origen étnico a la que está usted relacionado(a): **(Elija todos los que le apliquen)**

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Chicano(a)
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano

### ELIGIBILIDAD

Las regulaciones federales requieren que el programa **TRIO** /SSS obtenga información sobre el hogar y los ingresos para determinar la elegibilidad de cada estudiante que solicita participar.

- Para fines de ayuda financiera, usted se considera:  Independiente   Dependente  
*Un estudiante dependiente es menor de 24 años, soltero(a), sin dependientes y sin servicio militar.*
- Por favor indique el tamaño del hogar:  1  2  3  4  5  6  7  8  \_\_\_\_\_
- Por favor indique sus **INGRESOS GRAVABLES** totales y anuales de su familia: **El ingreso gravable es el total DESPUÉS de sus deducciones tomadas. Ésto lo puede encontrar usando el formulario del IRS 1040: use la línea 10b.**  
 \$ \_\_\_\_\_
- ¿Ha presentado una Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (FAFSA por sus siglas en inglés)?  Si  No
- ¿Recibió uno de sus padres una licenciatura de un colegio o universidad de cuatro años?  Si  No
- ¿Tiene alguna discapacidad física o de aprendizaje?  Si  No  
 Si contestó sí, está usted registrado en el Programa de Asistencia para el Aprendizaje de AHC?  Si  No
- ¿Es usted un ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos?  
 Si se aplica, número de residencia permanente: \_\_\_\_\_  Si  No

## INFORMACIÓN ACADÉMICA

15. ¿Ha asistido a algún otro colegio o universidad?  Si  No

Si dijo sí, por favor indique el nombre del colegio/universidad: \_\_\_\_\_

**Por favor incluya una copia de sus certificados de calificaciones del colegio/universidad**

16. ¿Ha escogido usted una carrera?  Si  No

Si dijo sí, por favor indique la carrera(s): \_\_\_\_\_

17. ¿Cuáles son las áreas que mejor describen sus necesidades académicas (*Elija todas las que le apliquen*)?

- Calificaciones bajas       Necesidad de recibir apoyo académico       Dominio limitado del inglés  
 Resultados de las pruebas de colocación bajos       Discapacidad física/de aprendizaje  
 Fuera de la escuela por mas de 5 años       Metas educativas/profesionales  
 Otro: \_\_\_\_\_

## OTRO

18. Preparatoria a la que asistió: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela      Ciudad      Estado      Año de graduación

19. ¿Ha solicitado o participado en alguno de los siguientes programas?

**Elija todos los que le apliquen:**

- EOPS       CalWORKS       LAP       Ninguno  
 MESA       Financial Aid       Programa de trabajo       Otro: \_\_\_\_\_  
 NextUp       Veterano / Centro de Veteranos

## ENSAYO DE PRESENTACIÓN PERSONAL

**Escriba una respuesta (entre 200 y 500 palabras) respondiendo cada una de las siguientes preguntas y adjunte sus respuestas escritas a esta aplicación. Por favor responda a cada una de las siguientes preguntas (escriba entre 200-500 palabras):**

- Háblenos de usted y de su historia personal (p. ej. familia, comunidad, etc.).
- Por favor háblenos de sus metas educativas y profesionales y cualquier desafío que podría afectarles para lograr sus metas.

## IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Gracias por solicitar al Programa de Servicios de Apoyo Estudiantil/TRIO de Allan Hancock College. Todos los solicitantes serán considerados sin importar la raza, color, religion, origen nacional, orientación sexual, estado civil o discapacidad.

## DECLARACIÓN

Certifico que he leído y estoy de acuerdo con las condiciones descritas en esta solicitud. Yo, el abajo firmante, declaro bajo pena de perjurio que toda la información reportada en esta solicitud es verdadera, completa y precisa al mayor de mi conocimiento.

Entiendo que cualquier información incorrecta en esta solicitud podría afectar mi derecho a recibir servicios del programa TRIO/SSS de AHC.

Por la presente, autorizo a cualquier escuela, colegio o universidad a divulgar información de ayuda económica o académica de mis archivos que solicite el programa TRIO/SSS de AHC. **Doy permiso para que mis fotografías, declaraciones escritas, y trabajos creativos o académicos puedan ser usados por el programa TRIO/SSS y AHC con objetivos promocionales, publicitarios o institucionales** y que puedan ser usados en la página web del programa TRIO/SSS.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Declaración de divulgación**

El programa TRIO/SSS de AHC se financia a través de una subvención federal TRIO del Departamento de Educación de los Estados Unidos.

El financiamiento anual es de \$253,032 (100%) de los fondos totales.