



Alpha Leadership Project

Apoyando a los jóvenes de color



Desarrollo personal • Relaciones positivas con los compañeros • Apoyo de los padres
1425 K Street NW, Suite 200, Washington, DC 20005

Solicitud de Estudiante

Por favor escribe claramente. Usa un bolígrafo. No usas un lapice, por favor.
Entregue las solicitudes al asesor DC-CAP de su escuela secundaria

Nombre: (Apellido)	(Primero)	(Medio)	
Dirección de Casa:		Apt. #	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Ward:
Número Celular del estudiante: ())		Correo Electrónico del estudiante	
Teléfono de casa: (.))			
Edad:	(las fecha de nacimiento:) (mes/día/año		

Padres/Guardianes información

Nombre:	Relación con el estudiante:
Correo Electrónico:	
Número Celular: ())	Teléfono del trabajo ())

Educación del Estudiante

Escuela Secundaria:	Esperado Año de Graduación:
Estas inscrito en una academia? SI No En caso afirmativo, ¿cuál es el área de enfoque de la Academia?	
Tema Favorito:	
Actividades Extracurriculares:	

Información General

<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Asiático / isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano / Latinoamericano	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska		

¿Cómo se enteró de Alpha Leadership Project?

(over)

¿Está usted empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si sí donde?
¿Cuál es tu horario de trabajo?

Pasatiempos, actividades recreativas favoritas: marque todas las que correspondan			
<input type="checkbox"/> Computadoras / Videojuegos	<input type="checkbox"/> Museos	<input type="checkbox"/> béisbol	<input type="checkbox"/> fútbol
<input type="checkbox"/> Cocinar / Comer fuera	<input type="checkbox"/> Teatro	<input type="checkbox"/> Leyendo	<input type="checkbox"/> Baloncesto
<input type="checkbox"/> Dibujo / Pintura	<input type="checkbox"/> Bailando	<input type="checkbox"/> Escritura	<input type="checkbox"/> Fútbol americano
<input type="checkbox"/> Películas	<input type="checkbox"/> Escuchando música	<input type="checkbox"/> Compras	<input type="checkbox"/> Tenis
<input type="checkbox"/> Other (please specify) _____	<input type="checkbox"/> Tocando musica	<input type="checkbox"/> Haciendo ejercicio	

Comparta por qué desea participar en el Proyecto de Liderazgo Alpha .
Comparta algunas de sus fortalezas personales.
Comparta algunas áreas personales en las que le gustaría mejorar.

Por la presente consiento y autorizo el uso de mi foto por parte del Programa de Acceso a la Universidad de DC en cualquiera de sus materiales promocionales, incluidos, entre otros, folletos, sitios web y videos. Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Toda la información proporcionada será tratada como confidencial únicamente y solo será utilizada por el Programa de Acceso a la Universidad de DC (DC-CAP) con el propósito de evaluar las calificaciones de los candidatos para su aceptación en The Alpha Leadership Project. Autorizo al Programa de Acceso a la Universidad del Distrito de Columbia (DC-CAP) a tener acceso a mis registros académicos, financieros y de inscripción de la escuela secundaria / colegio / universidad. Autorizo a DC-CAP a enmendar este formulario con el nombre de una nueva institución en caso de que me transfiera de la escuela secundaria designada anteriormente. Autorizo a DC-CAP a compartir los datos de mi expediente de estudiante con mi institución de asistencia. Autorizo a DC-CAP a compartir mi número de seguro social y financiero con la institución bancaria DC-CAP para facilitar el procesamiento de cualquier beca. Autorizo a DC-CAP a acceder y compartir mis registros con el Sistema de Escuelas Públicas y Charter de DC, la Oficina del Superintendente de Educación del Estado (OSSE) de DC y el Departamento de Educación de los EE. UU. Con el único propósito de acceso a la universidad, inscripción y ayuda financiera. verificación. Esta autorización es válida por un máximo de seis años después de la graduación de la escuela secundaria o al graduarse de la universidad, lo que ocurra primero.

SE REQUIERE FIRMA DEL PADRE / TUTOR SI EL ESTUDIANTE ES MENOR DE 18 AÑOS:

Firma del Padre / Tutor: _____ La Fecha: _____

Firma del alumno: _____ La Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA		
Application Rec'd.	Entered in Dbase	Orientation Date

Información demográfica: esta información se utiliza para la evaluación del programa con el fin de proporcionar los servicios adecuados. Esta información no se compartirá con ninguna otra agencia.

Ingresos del hogar

<input type="checkbox"/> \$0 - \$4999	<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999
<input type="checkbox"/> \$5,000 - \$9999	<input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999
<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999	<input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999
<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999	<input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999
<input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999	<input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999
<input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999	<input type="checkbox"/> \$100,000+

Condiciones médicas del padre / tutor (si las hubiera):

Discapacidades de los padres / tutores (si los hay):

¿Alguno de los padres del estudiante está actualmente encarcelado? Si es así, ¿quién?

Idioma (s) que se hablan en el hogar además del inglés:

¿Cómo se enteró del Alpha Leadership Project?

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su familia?

Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo el uso de la foto de mi hijo por parte del Programa de Acceso a la Universidad de DC en cualquiera de sus materiales promocionales, incluidos, entre otros, folletos, sitios web y videos. Toda la información proporcionada será tratada como confidencial únicamente y solo será utilizada por el Programa de Acceso a la Universidad de DC (DC-CAP) con el propósito de evaluar las calificaciones de los candidatos para su aceptación en The Alpha Leadership Project. Autorizo a DC-CAP a enmendar este formulario con el nombre de una nueva institución en caso de que me transfiera de la escuela secundaria designada anteriormente. Autorizo a DC-CAP a compartir los datos de mi expediente de estudiante con mi institución de asistencia. Autorizo a DC-CAP a compartir mi número de seguro social y financiero con la institución bancaria DC-CAP para facilitar el procesamiento de cualquier beca. Autorizo a DC-CAP a acceder y compartir mis registros con el Sistema de Escuelas Públicas y Charter de DC, la Oficina del Superintendente de Educación del Estado (OSSE) de DC y el Departamento de Educación de los EE. UU. Con el único propósito de acceso a la universidad, inscripción y ayuda financiera. verificación. Esta autorización es válida por un máximo de seis años después de la graduación de la escuela secundaria o al graduarse de la universidad, lo que ocurra primero.

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Padre / Tutor

La Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Application Rec'd.	Entered in Dbase	Orientation Date

Por favor asegúrese de contarles a otros familiares y amigos que tengan estudiantes de noveno grado sobre el Proyecto de Liderazgo Alpha.



AUTORIZACIÓN ESTUDIANTIL Y AUTORIZACIÓN EDUCATIVA

Año de graduación de HS _____ High School _____

SSN# _____ Fecha de nacimiento _____

(SOLO para estudiantes de 11 ° y 12 ° grado de HS y estudiantes universitarios)

Nombre de Estudiante (Por favor imprimir): _____

Nombre de Padre o Guardian (Por favor imprimir): _____

Domicilio Permanente: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal _____ Teléfono de Casa #: _____

Celular del Estudiante#: _____ Celular del padre#: _____

Correo Electrónico del Estudiante: _____

Correo Electrónico del Padre: _____

Universidad: _____

(Solo para estudiantes universitarios y de grado 12. Si la universidad no ha sido seleccionada, notifique a DC-CAP una vez elegida)

Especialización académica: _____

(SOLO para estudiantes de 11 ° y 12 ° grado de HS y estudiantes universitarios)

Yo Autorizo al Programa **District of Columbia College Access Program (DC-CAP)** a tener acceso a mis registros académicos, financieros y de registros de inscripción de la escuela secundaria / colegio / universidad. Autorizo a DC-CAP a enmendar este formulario con el nombre de una nueva institución en caso de que me transfiera de la universidad designada anteriormente. Autorizo a DC-CAP a compartir los datos de mi expediente de estudiante con mi institución de asistencia. Autorizo a DC-CAP a compartir mi número de seguro social y financiero con la institución bancaria DC-CAP para facilitar el procesamiento de cualquier beca. Autorizo a DC-CAP a acceder y compartir mis registros con el distrito **DC Public and Public Charter School System, DC Office of the State Superintendent of Education (OSSE)** y el departamento **U.S. Department of Education** con el único propósito de ayudar con la universidad, la matrícula universitaria y la verificación de ayuda financiera. Esta autorización es válida por un máximo de seis años después de la graduación de la escuela secundaria o después de la graduación de la universidad, lo que ocurra primero.

SE REQUIERE FIRMA DEL PADRE / TUTOR SI EL ESTUDIANTE ES MENOR DE 18 AÑOS:

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO
District of Columbia College Access Program (DC-CAP)
1425 K Street, NW Suite 200, Washington, DC 20005

Oficina de High School - Teléfono: (202) 783-7933 Fax: (202) 783-7939
Oficina de Universidad - Teléfono: (202) 347-6546 Fax: (202) 783-4026