

SOLICITUD

FECHA: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

INSTRUCCIONES: FAVOR DE UTILIZAR BOLÍGRAFO Y CUMPLIMENTAR TODAS LAS PARTES EN FORMA CLARA.

PARTE I: PERFIL SOCIO-ECONÓMICO DEL ESTUDIANTE

1. _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL
2. NÚM. DE ESTUDIANTE: _____ SEGURO SOCIAL: _____
3. SEXO: FEM. ____ MASC. ____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO
4. CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE: SÍ ____ NO ____ ESPECIFICA: _____
5. ESTADO CIVIL: SOLTERO/A ____ CASADO/A ____ VIUDO/A ____ DIVORCIADO/A ____
6. TENGO HIJOS ____ NO TENGO HIJOS ____
7. DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____
ZIP CODE: _____
8. DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIAL: _____
ZIP CODE: _____
9. TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____
CORREO ELECTRÓNICO UPR: _____
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: _____
10. TELÉFONOS EN CASO DE EMERGENCIA DE FAMILIARES CERCANOS QUE NO RESIDAN CONTIGO:
NOMBRE: _____ REL. _____ TEL. _____
NOMBRE: _____ REL. _____ TEL. _____
NOMBRE: _____ REL. _____ TEL. _____
11. TRABAJO: SÍ ____ NO ____
12. LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
13. ERES ESTUDIANTE CON DIVERSIDAD FUNCIONAL (IMPEDIMENTO) O PROBLEMAS DE APRENDIZAJE DIAGNOSTICADO O PADECES DE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD DIAGNOSTICADA. **TRAER COMPLETADA LA CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN / DIAGNÓSTICO MÉDICO QUE SE ENCUENTRA EN LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTA SOLICITUD.**
SÍ ____ NO ____ ESPECIFICA: _____
14. TIPO DE TRANSPORTACIÓN: PÚBLICA ____ AUTO FAMILIAR ____ AUTO PROPIO ____
15. HOSPEDAJE EN VERANO: SÍ ____ NO ____ HOSPEDAJE EN AÑO ACADÉMICO: SÍ ____ NO ____

PARTE II: NÚCLEO FAMILIAR

16. NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN TU **NÚCLEO FAMILIAR** (PADRES, PADRASTROS, ABUELOS, HERMANOS, ENCARGADOS U OTRA PERSONA QUE DEPENDE EN MÁS DE UN 50% DE LOS INGRESOS DEL HOGAR Y **QUE RESIDA BAJO EL MISMO TECHO**. FAVOR DE INCLUIRTE.
 - a) MI **NÚCLEO FAMILIAR** SE COMPONE DE ____ PERSONAS
 - b) VIVO CON: AMBOS PADRES ____ MADRE ____ PADRE ____ OTRO ____ ESPECIFICA: _____

17. NOMBRE DE LA **MADRE O ENCARGADA:** _____
- TIENE CUSTODIA LEGAL: SÍ _____ NO _____ ESTADO CIVIL: _____ TRABAJA: SÍ _____ NO _____
- OCUPACIÓN: _____ NEGOCIO PROPIO: SÍ _____ NO _____
- LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
- ES PENSIONADA: SÍ _____ NO _____ RAZÓN DE LA PENSIÓN: _____
- EDUCACIÓN DE LA MADRE O ENCARGADA:**
- ESCUELA: ELEMENTAL _____ INTERMEDIA _____ SUPERIOR _____
- BACHILLERATO UNIVERSITARIO COMPLETADO: SÍ _____ NO _____ MAESTRÍA _____ DOCTORADO _____
18. NOMBRE DEL **PADRE O ENCARGADO:** _____
- TIENE CUSTODIA LEGAL: SÍ _____ NO _____ ESTADO CIVIL: _____ TRABAJA: SÍ _____ NO _____
- OCUPACIÓN: _____ NEGOCIO PROPIO: SÍ _____ NO _____
- LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____
- ES PENSIONADO: SÍ _____ NO _____ RAZÓN DE LA PENSIÓN: _____
- EDUCACIÓN DEL PADRE O ENCARGADO:**
- ESCUELA: ELEMENTAL _____ INTERMEDIA _____ SUPERIOR _____
- BACHILLERATO UNIVERSITARIO COMPLETADO: SÍ _____ NO _____ MAESTRÍA _____ DOCTORADO _____
19. FUENTE DE INGRESOS DE TU **NÚCLEO FAMILIAR:**
- _____ SE SOMETIÓ PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS PARA EL AÑO 20 _____
- _____ NO SE SOMETIÓ PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS PARA EL AÑO 20 _____

SI NO RINDIÓ PLANILLA, LLENAR LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN DE INGRESOS:

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

YO _____, LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE BAJO EL MÁS SOLEMNE NOMBRE DEL PADRE/ MADRE / PADRASTROS /ENCARGADO(A)

JURAMENTO DECLARO:

- PRIMERO:** QUE MI NOMBRE, APELLIDO Y DEMÁS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES SON LAS ANTERIORMENTE EXPRESADAS;
- SEGUNDO:** QUE **NO** SOMETÍ PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA PARA EL AÑO 20 _____;
- TERCERO:** QUE DURANTE EL AÑO 20 _____ TRABAJÉ COMO _____ EN _____;
- CUARTO:** QUE MI CÓNYUGE () TRABAJÓ () NO TRABAJÓ;
- QUINTO:** QUE LOS INGRESOS DEL HOGAR PARA EL AÑO 20 _____ ASCENDIERON A LA SUMA DE \$ _____; POR CONCEPTO DE* _____
- _____;
- SEXTO:** QUE SOY EL/LA _____ DE _____ PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE NOMBRE DEL ESTUDIANTE ESTUDIANTE UNIVERSITARIO QUE () DEPENDE, () NO DEPENDE DE MIS INGRESOS.

***FUENTES DE INGRESOS:** CHEQUE DE ALIMENTOS; ASISTENCIA ECONÓMICA; DESEMPLEO; SEGURO SOCIAL; REHABILITACIÓN VOCACIONAL; PENSIÓN ALIMENTARIA; PENSIÓN DE RETIRO; FONDO SEGURO DEL ESTADO;

OTRA(S), ESPECIFICA: _____

PARTE III: PERFIL ACADÉMICO

1. HISTORIAL ACADÉMICO: NOMBRES Y LUGARES DE LAS ESCUELAS EN LAS QUE CURSASTE ESTUDIOS.

NIVEL	NOMBRE (S) DE LA ESCUELA	LUGAR	NÚM. DE AÑOS	PÚBLICA	PRIVADA
ELEMENTAL					
INTERMEDIO					
SUPERIOR					

2. MARCA EL PROGRAMA DE ESTUDIOS QUE SEGUISTE EN LA ESCUELA SUPERIOR:

GENERAL _____ VOCACIONAL _____ COMERCIAL _____

3. DE HABER PERTENECIDO A ALGÚN PROGRAMA **TRIO** INDICA CON UNA MARCA DE COTEJO Y SEÑALA LA UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN A LA CUAL PERTENECE:

PROGRAMA TRIO	UNIVERSIDAD / INSTITUCIÓN
_____ TALENT SEARCH	
_____ UPWARD BOUND	
_____ ASPIRA	
_____ NINGUNO	

4. ORGANIZACIONES ESTUDIANTILES A LAS QUE PERTENECES O HAS PERTENECIDO:

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	CUÁNTO TIEMPO
A.	
B.	
C.	

5. INDICA SI HAS REALIZADO TRABAJO VOLUNTARIO:

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	CUÁNTO TIEMPO
A.	
B.	
C.	

6. ¿TE INTERESA REALIZAR TRABAJO VOLUNTARIO/COMUNITARIO DURANTE EL AÑO ACADÉMICO?:

SÍ _____ NO _____

7. ÍNDICE ACADÉMICO DE ESCUELA SUPERIOR (I.E.S.): _____

8. ÍNDICE DE INGRESO A LA UNIVERSIDAD (IGS): _____

FACULTAD DE ADMISIÓN: _____

CONCENTRACIÓN: _____

9. INTERÉS DE RECLASIFICACIÓN O CAMBIO DE FACULTAD:

SÍ _____ NO _____

FACULTAD DE INTERÉS: _____

CONCENTRACIÓN: _____

10. PLAN DE ESTUDIO A LARGO PLAZO: BACHILLERATO _____ MAESTRÍA _____ DOCTORADO _____

PARTE IV: GRUPO ÉTNICO / RAZA (OPCIONAL)

GRUPO ÉTNICO		
1	HISPANO	<input type="checkbox"/>
2	NO - HISPANO	<input type="checkbox"/>
¿CÚAL(ES) DE LOS SIGUIENTES GRUPOS RACIALES DESCRIBE MEJOR TU RAZA? PUEDES SELECCIONAR UNA O MÁS OPCIONES.		
1	DOS O MÁS RAZAS	<input type="checkbox"/>
2	ASIÁTICO	<input type="checkbox"/>
3	NEGRO O AFROAMERICANO	<input type="checkbox"/>
4	NATIVO DE HAWAII U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	<input type="checkbox"/>
5	EUROPEO (BLANCO)	<input type="checkbox"/>
6	INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/>

GRUPO ÉTNICO:

HISPANO: UNA PERSONA DE CULTURA Y ORIGEN CUBANO, MEXICANO, PUERTORRIQUEÑO, CENTRO O SURAMERICANO O DE OTRA CULTURA Y ORIGEN HISPÁNICO, SIN IMPORTAR SU RAZA.

RAZA (OPCIONAL):

DOS O MÁS RAZAS: UNA PERSONA QUE TIENE SU ORIGEN EN UNA MEZCLA DE RAZAS.

ASIÁTICO: UNA PERSONA QUE TIENE SU ORIGEN EN CUALQUIERA DE LOS PUEBLOS ORIGINALES DEL LEJANO ORIENTE, SURESTE DE ASIA O EN EL SUBCONTINENTE INDIO, INCLUYENDO, POR EJEMPLO, CAMBOYA, CHINA, INDIA, JAPÓN, COREA, MALASIA, PAKISTÁN, LAS ISLAS FILIPINAS, TAILANDIA Y VIETNAM.

NEGRO O AFROAMERICANO: UNA PERSONA QUE TIENE SU ORIGEN EN CUALQUIERA DE LOS GRUPOS DE RAZA NEGRA DE ÁFRICA.

NATIVO DE HAWAII Y OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO: UNA PERSONA QUE TIENE SU ORIGEN EN CUALQUIERA DE LOS PUEBLOS ORIGINALES DE HAWAII, GUAM, SAMOA U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO.

EUROPEO (BLANCO): UNA PERSONA QUE TIENE SU ORIGEN EN CUALQUIERA DE LOS PUEBLOS ORIGINALES DE EUROPA, ORIENTE MEDIO O DEL NORTE DE ÁFRICA.

INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: UNA PERSONA QUE TIENE SU ORIGEN EN CUALQUIERA DE LOS PUEBLOS DEL NORTE O SURAMÉRICA (INCLUYENDO AMÉRICA CENTRAL) Y QUE MANTIENE UNA IDENTIFICACIÓN CULTURAL A TRAVÉS DE UNA AFILIACIÓN TRIBAL O UN APEGO A LA COMUNIDAD.

PARTE V: ESTUDIANTE SIN VIVIENDA / HOGAR

1) TU **NÚCLEO FAMILIAR** ESTUVO EN RIESGO DE PERDER SU VIVIENDA / HOGAR EN EL PASADO AÑO CONTRIBUTIVO:

SÍ _____ NO _____

2) TU **NÚCLEO FAMILIAR** ESTUVO SIN VIVIENDA FIJA, REGULAR Y ADECUADA MIENTRAS SE MANTUVO CON RECURSOS PROPIOS EN EL PASADO AÑO CONTRIBUTIVO:

SÍ _____ NO _____

PARTE VI: RECURSOS DE ESTUDIO

CRITERIOS	SÍ	NO	A VECES
1. TENGO BUENOS HÁBITOS DE ESTUDIO			
2. EN CASA HAY FACILIDAD PARA ESTUDIAR SIN INTERRUPCIONES			
3. EN CASA HAY PROBLEMAS QUE AFECTAN MI TRABAJO ACADÉMICO			
4. SE ME HACE DIFÍCIL CONCENTRARME MIENTRAS ESTUDIO			
5. ME CONSIDERO UN(A) ESTUDIANTE ORGANIZADO(A)			
6. CUENTO CON EL APOYO DE MIS PADRES / ENCARGADOS			
7. TENGO COMPUTADORA			
8. TENGO SERVICIO DE INTERNET EN MI CASA			

PARTE VII: MOTIVACIÓN

1. EXPLICA BREVEMENTE POR QUÉ TE INTERESA INGRESAR A PSAE: _____

2. INDICA A QUÉ TE DEDICAS EN TU TIEMPO LIBRE: _____

3. DE SER ADMITIDO(A), PSAE TE BRINDARÁ SERVICIOS DE APOYO, IDENTIFICA LOS QUE MÁS NECESITAS:

- _____ TUTORÍAS INDIVIDUALES
- _____ TUTORÍAS GRUPALES
- _____ TUTORÍAS DESTREZAS DEL LENGUAJE (ESPAÑOL E INGLÉS)
- _____ ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA INDIVIDUAL
- _____ ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA GRUPAL
- _____ ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA ACADÉMICA
- _____ ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA DE PROGRAMAS DE BACHILLERATO
- _____ ORIENTACIÓN ASISTENCIA ECONÓMICA/FAFSA
- _____ ORIENTACIÓN/PRUEBA DE INTERÉS VOCACIONAL
- _____ ORIENTACIÓN HÁBITOS DE ESTUDIO
- _____ ORIENTACIÓN DESARROLLO PERSONAL
- _____ INFORMACIÓN DE AYUDAS ECONÓMICAS
- _____ INFORMACIÓN DE MANEJO DE FINANZAS
- _____ INFORMACIÓN DE AYUDAS PSICOLÓGICAS
- _____ INFORMACIÓN DE ESTUDIOS GRADUADOS
- _____ INFORMACIÓN DE HOSPEDAJE
- _____ CHARLAS, CONFERENCIAS Y OTRAS ACTIVIDADES CULTURALES
- _____ OTROS, ESPECIFIQUE: _____

4. PIENSAS TRABAJAR MIENTRAS ESTUDIAS: SÍ _____ NO _____

PARTE VIII: CERTIFICACIÓN DE PADRES

Yo _____, mayor de edad, libre y voluntariamente bajo el
(nombre del padre/madre/padrastrós/encargados)
más solemne juramento declaro que la información en esta solicitud es la verdad y nada más que la verdad,
según mi mayor saber y entender. **Y PARA QUE ASÍ CONSTE**, firmo la presente certificación en
_____, PR, hoy ____/____/____.
MES / DÍA / AÑO

Firma del padre, madre o encargado(a)

PARTE IX: COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE

Yo _____, entiendo las responsabilidades que tengo que
cumplir como participante del Programa de Servicios de Apoyo al Estudiante y me comprometo a
cumplirlas cabalmente. Entre estas responsabilidades están:

1. Participar y finalizar el Pre Universitario durante el verano.
2. Asistir a tutorías requeridas.
3. Asistir a la consejería grupal una vez por semana y a la consejería individual por lo menos dos (2) veces al semestre y cuando sea necesario.
4. Acudir a las citas para entrevistas cuando algún personal del Programa lo considere conveniente.
5. Contestar de forma **diligente** llamadas telefónicas, mensajes electrónicos/redes sociales o comunicados escritos recibidos.
6. Asistir a las actividades culturales y educativas auspiciadas por el Programa.
7. Luego del primer año:
 - a. visitar mi consejero(a) una vez por semestre.
 - b. mantener contacto con mi mentor(a).
 - c. asistir a un taller semestral asignado de acuerdo a mi clasificación.
8. Completar **diligentemente** cuestionarios, evaluaciones, formas y otros documentos que requiera el Programa.

Autorizo el uso de material audiovisual (fotos, videos, grabaciones, impresos) y el uso de mi nombre y apellido en cualquier publicación del Programa de Servicios de Apoyo al Estudiante.

Autorizo a la administración del Programa a utilizar cualquier información de mi expediente que se encuentre bajo la custodia de la Institución para agilizar cualquier ayuda que el Programa me pueda prestar en el área de servicios de apoyo. Entiendo que el uso de esta información es de carácter confidencial, de acuerdo a las estipulaciones federales de la Ley de Privacidad de 1974.

Firma del Estudiante

Número de Estudiante

MES / DÍA / AÑO

Para uso interno de la Oficina del PSAE

Firma del Consejero(a) PSAE

Firma del Director(a) PSAE



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
FACULTAD DE ESTUDIOS GENERALES
PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN/DIAGNÓSTICO MÉDICO

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Condición del paciente:

Recomendaciones para acomodo razonable:

Medicamentos de uso diario si aplica:

Firma del MD

Fecha

Núm. de licencia

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO M/M/V/I