



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

**SOLICITUD DEL PSAE**

FECHA: ____/____/____
MES / DÍA / AÑO

LEA CUIDADOSAMENTE LA SOLICITUD. FAVOR DE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS QUE SE LE SOLICITA A CONTINUACIÓN.

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. GRUPO ÉTNICO: HISPANO____ NO- HISPANO____ ESPECIFICA: _____
6. GRUPO RACIAL: DOS O MÁS RAZAS____ ASIÁTICO____ NEGRO O AFROAMERICANO____
NATIVO DE HAWAII U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO____ EUROPEO (BLANCO)____
INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA____
7. ESTADO CIVIL: SOLTERO/A____ CASADO/A____ VIUDO/A____ DIVORCIADO/A____
8. TENGO HIJOS____ NO TENGO HIJOS____
9. DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____

ZIP CODE: _____
10. DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE A LA RESIDENCIAL: _____

ZIP CODE: _____
11. TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____
CORREO ELECTRÓNICO UPR: _____
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: _____
12. TELÉFONOS EN CASO DE EMERGENCIA DE FAMILIARES CERCANOS QUE NO RESIDAN CONTIGO:
NOMBRE: _____ REL. _____ TEL. _____
NOMBRE: _____ REL. _____ TEL. _____
NOMBRE: _____ REL. _____ TEL. _____
13. TRABAJO: SÍ____ NO____
14. LUGAR DE TRABAJO: _____ TELÉFONO: _____

15. ERES ESTUDIANTE CON DIVERSIDAD FUNCIONAL (IMPEDIMENTO) **O** PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
DIAGNOSTICADO **O** PADECES DE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD SÍ____ NO____
16. TIPO DE TRANSPORTACIÓN: PÚBLICA____ AUTO FAMILIAR____ AUTO PROPIO____
17. SERVICIO DE CONEXIÓN DE INTERNET EN EL HOGAR: SÍ____ NO____

PARTE II: NÚCLEO FAMILIAR

18. 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: _____

19. 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____

20. 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____

21. 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, FAVOR DE 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	

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

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	CUÁNTO TIEMPO
A.	
B.	

5. INDICA SI HAS REALIZADO TRABAJO VOLUNTARIO:

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	CUÁNTO TIEMPO
A.	
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 V: ESTUDIANTE SIN VIVIENDA / HOGAR1) 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: MOTIVACIÓN

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

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

3. PIENSAS TRABAJAR MIENTRAS ESTUDIAS: SÍ_____ NO_____

PARTE VII: CERTIFICACIÓN DE PADRES

Yo _____, mayor de edad, libre y voluntariamente bajo el
 (nombre del padre/madre/padrazos/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