Búsqueda de Talentos
Solicitud del programa

Envíe el formulario completo al buzón de búsqueda de talentos en su escuela, o por correo a:
Clatsop Community College - Talent Search
1651 Lexington Ave.
Astoria, OR 97103

Gracias por su interés en el programa Búsqueda de Talentos (TS por sus siglas en inglés). Se le notificará por correo si el estudiante *fué aceptado al programa. TS es un programa federal financiado para los estudiantes calificados en los grados 6-12. Los servicios de TS les* ayuda a los estudiantes a explorar las universidades y oportunidades de las carrera y a entrar a la universidad o a otro entrenamiento de su opción después de la graduación de preparatoria (High School en inglés). Como estudiante de búsqueda de talentos, participaras en los talleres, dirección educativa, viajes escolares y otras actividades para ayudarle a ser un estudiante exitoso en la preparatoria y la universidad. Los fondos del programa de la búsqueda de talentos del condado de Clatsop son proporcionados en un 100% por el Departamento de Educacion de los Estados Unidos, y por la cantidad de $387,128.

Información Del Estudiante:

Nombre del estudiante: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal: _____

Teléfono celular / de su casa:_____Teléfono celular del estudiante:_____

Correo electrónico (e-mail) del estudiante: _____

Fecha de nacimiento:_____ Género: **M** **F** Número de Seguro Social (opcional):_____

Grado actual: **6 7 8 9 10 11 12** Escuela: _____

(opcional) 1. ¿Como se considera usted mismo Hispano/Latino? **Sí** **No**
2. ¿Como se considera usted mismo: ❑ Asiático ❑ Afroamericano/a ❑ Blanco/Caucásico
❑ Isleño De Hawaiiano/ del Pacifico ❑ Nativo De America/Alaska

Es el estuduante Ciudadano Americano? **Sí** **No**
Si no, ¿tiene estado de residencia permanente? **Sí** **No** Número de identificación de extranjero: _____

¿Es el ingles la lengua materna del estudiante? **Sí** **No**

Información De la Familia:

El estudiante vive con: ❑ Ambos padres ❑ Madre ❑ Padre ❑ Padrastros
❑ Abuelo ❑ Guardian legal ❑ Padres Adoptivo(s) ❑ Otro: _____

Por favor complete la información siguiente sobre cada padre/guardian que **actualmente viva con el estudiante:**

Nombre de la **Madre**/Guardianes _____
Esta persona tiene una licenciatura de una Universidad de 4 años? **Sí** **No**

❑ Marque la casilla si la dirección es la misma que la del estudiante

Dirección:_____

Teléfono Celular_____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Teléfono del Trabajo:_____

Teléfono de Emergencia: _____

Nombre del **Padre**/Guardianes _____
Esta persona tiene una licenciatura de una Universidad de 4 años? **Sí** **No**

❑ Marque la casilla si la dirección es la misma que la del estudiante

Dirección:_____

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Teléfono del Trabajo_____

Teléfono de Emergencia: _____

Por favor, complete parte de atrás de la forma

Por favor nombre los hermanos y hermanas del estudiante que viven con usted y están en el distrito escolar:

Nombre:	Escuela:	Grado:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Servicios De Búsqueda De Talentos:

TS (Servicios De Búsqueda De Talentos) proporciona información y servicios apropiados para la edad de estudiantes del programa. Por favor marque qué servicios beneficiarán más a su estudiante:

___ Consejos académicos
___ Ayuda financiera
___ Habilidades de la tecnología
___ Ayuda del padre
___ Tutoría
___ Dirección y asesoramiento
___ Visitas de la Universidad
___ Habilidades para tomar un examen
___Ayuda para la admisión a la universidad
___ Ayuda financiera para el uso de asistencia/ becas
___ Información de la universidad
___ Información de la Carrera
___ Actividades culturales

Información Financiera:

Nosotros necesitamos tener esta información para procesar su solicitud. Toda la información es completamente confidencial y se utilizará para determinar solamente la elegibilidad para el programa de búsqueda de talentos. Para el año escolar 2023-2024, necesitaremos la siguiente información del 2022:

Número total de miembros de la familia que viven en el hogar:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál fue su ingreso familiar sujeto a impuestos a partir de 2022 (línea 15 del formulario 1040)? Por favor circule el rango apropiado de sus ingresos

$0-$21,870	**$21,871-$29,580**	**$29,581-$37,290**	**$37,291-$45,000**
$45,001-$52,710	**$52,711-$60,420**	**$60,421-$68,130**	**$68,131-$75,840**
$75,841 o más			

Autorización y Publicación de información Médica:

1. Toda la información proveida es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.
2. Doy autorización para que mi hijo/hija participen en todas las actividades educativas de la búsqueda del talento. (Le notificarán de cualquier actividad y se le pedira permiso específicamente para los viajes.)
3. Autorizo al programa de busqueda de talentos del Colegio Comunitario de Clatsop CCC (por sus siglas en inglés) obtener los expedientes y documentos del estudiante que sean necesarios, incluyendo informes de grados, transcripciones, resultados de examenes, concesiones financieras de ayuda, asi como la admisión de la universidad y verificación de la inscripción. Esta información será llevara a cabo en confianza terminante y será utilizada para los propósitos de TS solamente.
4. Autorizo TS para obtener información de cualquier agencia o programa que proporciona servicios suplementales a mi estudiante.
5. Doy mi permiso para usar el nombre de mi estudiante, fotografía, trabajo y/o declaraciones que se utilizarán por TS para promociones, publicidad, con propósitos educacionales.
6. Entiendo que, para permanecer enlistado en TS, se espera que el estudiante sea un buen ciudadano de la escuela y haga buen esfuerzo académico.
7. Doy mi consentimiento para que mi hijo use Internet y otras tecnologías y acepto la responsabilidad del uso apropiado de los mismos.
8. Yo entiendo que la terminación de esta forma no garantiza la aceptación de Búsqueda De Talentos.

Concedo el permiso al programa de busqueda de talentos del Colegio Comunitario de Clatsop CCC (por sus siglas en inglés) y su representantes autorizados para dar los primeros auxilios a mi hijo/hija según lo necesitado, y para buscar la atención médica a través de las instalaciones médicas más cercanas cuando los estudiantes están en excursion y otras actividades autorizadas. Este permiso es autorizado a condición que en el acontecimiento de la enfermedad sea de una magnitud severa , se recurrira a su hospitalización y/o se recurrira a cirugía si es necesario. El personal de TS hará todos los esfuerzos razonables de entrar en contacto conmigo. La falta en tales esfuerzos no debe prevenir TS de proporcionar el tratamiento de emergencias como puede ser necesario para el mejor interés de mi hijo/hija.

Firma del **padre**: _____ Fecha: _____

Firma del **estudiante**: _____ Fecha: _____