



Where young people grow, thrive and lead!

PROGRAMA DE APRENDIZAJE EXTRA ESCOLAR DE EBAYC

Fecha de solicitud: _____ ASP Summer

Escuela: Bella Vista Cleveland Edna Brewer Franklin Frick Garfield Lazear
 Lincoln Manzanita Roosevelt SEED UPA : _____

Información del estudiante

1er nombre 2do nombre Apellido Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad Código postal

Nivel de grado (Año escolar 2021-2022) Correo electrónico del estudiante Sexo

1) El estudiante vive con (marque uno, el cuidador principal):

Ambos padres Madre solamente Padre solamente Abuelo (s)
 Padres de crianza Hogar comunitario Sin hogar Otro: _____

2) Origen étnico del estudiante (Marque todos los que correspondan):

Afro Americano /Negro Birmano Chino Eritreo Guatemalteco
 Hmong Honduran Iraquí Khmer/Camboyanos Laosiano
 Mexicano Mien Nativo Americano Nepalí Pilipino/a
 Salvadoreño Somalí Tongano Vietnamita Blanco/Caucásico
 Yemenita Niego declarar Latino/a: _____ Otro: _____

3) Enliste a hermano(s) inscrito (s) en EBAYC (Si corresponde):

(1) Primer nombre Apellido Fecha de Nacimiento Grado Escuela

(2) Primer nombre Apellido Fecha de Nacimiento Grado Escuela

Información del padre/guardián

Guardián primario (Primer nombre y apellido) Parentesco Correo electrónico

(_____) (_____) _____

Teléfono de casa Celular

4) El nivel de educación COMPLETO mas alto de la madre/tutor legal? (Por favor marque uno)

Ninguno Menos que el bachillerato Bachillerato/GED Escuela Vocacional
 Licenciatura asociada (colegio) Universidad de 4 años Maestría o doctorado

Guardián secundario (Primer nombre y apellido)

Parentesco

Correo electrónico

(_____)_____

(_____)_____

Teléfono de casa

Celular

5) El nivel de educación COMPLETO mas alto de el padre/tutor legal? (Por favor marque uno)

- Ninguno Menos que el bachillerato Bachillerato/GED Escuela Vocacional
 Licenciatura asociada (colegio) Universidad de 4 años Maestría o doctorado

Información sobre el hogar

*Encuesta *NOTA: Si esta inscribiendo a varios niños, solo necesita completar esta sección una vez. Gracias por completar la encuesta a continuación. La información confidencial que usted proporciona nos ayuda a comprender mejor a nuestra comunidad y se utiliza para buscar fondos y recursos necesarios. Agradecemos su apoyo y opinión.*

1) ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

("Hogar " significa todas las personas que viven en el mismo hogar, incluido el niño, padre/guardián, padrastro, pareja doméstica, hermanos, otros miembros de la familia, como tías, tios, suegros, primos, abuelos y otras personas que no estan relacionadas.(no familiares)

2) ¿Cuales son los ingresos totales anuales del hogar? (Por favor marque uno)

- \$10,000 or less \$10,001- \$20,000 \$20,001 - \$30,000 \$30,001 - \$40,000
 \$40,001 - \$50,000 \$50,001 - \$60,000 \$60,001 - \$70,000 \$70,001 - \$80,000
 \$80,001 - \$90,000 \$90,001 - \$100,000 \$100,001 - \$110,000 Over \$110,000

3) ¿ Participa en algun programa de beneficios públicos? (Marque to dos las que apliquen)?

- CalFRESH/SNAP CalWORKS Asistencia General SSI Otro: _____

Nombre de Padre/Tutor

Firma de Padre/Tutor

Relación con el niño/joven

Fecha