

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Numero de seguro social: _____ Numero de estudiante: @ _____
(Opcional)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ @ _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Número telefónico: (_____) _____ Sexo: Caballero Dama

Estado marital: Soltero (nunca casado) Casado Separado Divorciado Viudo Otro

¿Recibiste una diploma de la preparatoria o el G.E.D.? Sí No

¿Cuándo empezaste en College of the Sequoias? (Semestre y Año) _____

¿Cuántas unidades haz completado en un colegio o universidad? _____

¿Haz recibido un certificado o diploma/título universitario? Sí No

¿Haz asistido un colegio o universidad antes de asistir a COS? Sí No
(Favor de indicar los colegios o universidades que asistes)

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Haz participado en el programa de CalWORKs anteriormente en College of the Sequoias? Sí No

¿Haz participado en el programa de CalWORKs anteriormente en otro colegio? Sí No
(Favor de indicar los colegios donde participaste en el programa de CalWORKs)

1. _____ 2. _____ 3. _____

Certificación: Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdad. Yo estoy de acuerdo y entiendo que si puse información falsa será causa para ser descalificado del programa de CalWORKs en College of the Sequoias.

Firma: _____ Fecha: _____

*Entregando esta solicitud no significa que va ser admitido al programa de CalWORKs en College of the Sequoias.
Tendrá que entregar las siguientes formas:*

1. COS Certification Form
2. Welfare-to-Work Plan

-
- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Estado de vivienda? | Single Head of Household | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | Two Head of Household | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Estas recibiendo ayuda reconocido como TANF cash aid? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Haz firmado un Welfare-to-Work Plan? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Fuiste referido por un representante del condado? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Estas trabajando? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Estas interesado en el programa de work study? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tienes un plan de estudio? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Haz solicitado para ayuda financiera? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Necesitas ayuda con el cuidado de niños? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Número de dependientes en su caso? _____ | | | |
| 10. Estas participando en el programa de Extended Opportunity Programs and Services (EOPS)? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. Estas participando en el programa de Cooperative Agencies Resources for Education (CARE)? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. Estas participando en el programa de Disability Resource Center (DRC)? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
-