



Estimado padre/tutor:

Con el fin de determinar la elegibilidad del estudiante para Upward Bound, le pedimos una copia de la declaración federal de impuestos o la declaración financiera familiar de cada solicitante. Utilizamos las declaraciones que nos ayude a cumplir con los términos de nuestra concesión federal que nos obliga tener a mano una declaración financiera familiar.

Sólo el director puede ver estas declaraciones. Para asegurar que se mantenga este nivel de privacidad, usted puede cubrir los números de seguridad social de los padres y los otros niños y poner sus documentos financieros en un sobre separado incluido con el resto de los materiales. Necesitamos el número de seguridad social para el niño solicitante.

Si tienen algunas dudas o preguntas, por favor llámenme a 608-785-8539 o por email a lyang2@uwlax.edu.

Atentamente,

Lisa Yang, Director
El Programa de Upward Bound

INSTRUCCIONES PARA PROPORCIONAR LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor proporcione la verificación para cada uno de los siguientes tipos de ingresos que apliquen:

- Si los padres o tutores entregan un formulario de impuestos Federal 1040 y declaran el estudiante solicitante:** proporcione una copia firmada de las páginas 1 y 2 de la forma más recientemente entregada. Estas páginas deben incluir la lista de menores declarados. Si se llenaba una declaración #1, una copia de esta página se debe entregar también.
- Si no se puede proporcionar la declaración de impuestos de ingresos federales:** por favor, complete y firme la declaración de ingresos en el otro lado de esta página. Adjunte la verificación de todos los ingresos enumerados y hay que obtener la firma de un notario público.
- Si los padres o tutores reciben bienestar (TANF, AFDC, Asistencia General, etc.):** solicite la verificación de los beneficios mensuales de su oficina local de servicios sociales. Adjunte a la declaración de ingresos firmada por un notario público.
- Si los padres o tutores reciben pagos de Seguro Social (SSI, discapacidad, etc.):** solicite la verificación de los beneficios mensuales de su oficina local de servicios sociales. Adjunte a la declaración de ingresos firmada por un notario público.
- Niños de acogida o tutelado judicial:** no se requiere verificación de ingresos. Proporcione una carta firmada de padre de acogida o guarda detallando el estado judicial. Incluya los nombres del trabajador social, su dirección y teléfono.

SI NO SE ENTREGÓ UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:

¿Participa el estudiante solicitante en el Programa de almuerzo gratis/reducido en la escuela?

SÍ NO Si sí, firme a continuación. No es necesario llenar la tabla en el lado opuesto de esta página.

Firma del padre o madre/tutor

fecha

_____-_____-_____
Número de seguro social del estudiante

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE: _____
 (Apellido) (nombre) (Segundo nombre)

¿Este estudiante participa en el programa de comidas a precio reducido/libre en la escuela? **SÍ** **NO**
Si sí, omita el cuadro de abajo, firme la forma abajo (el notario no es necesario) y por favor proporcione el número de Seguridad Social de los estudiantes en el lado opuesto.

Complete esta tabla solamente si la declaración de impuestos no se entregó. Llene sólo una de las tres columnas.

Por favor, no sólo una columna.

	Semanal	quincenal	mensual
Salarios			
TANF/Welfare Assistance			
Pensión/jubilación			
Seguridad social			
Apoyo del niño/pensión alimenticia			
Otros (describir) _____			
Otros (describir) _____			
Otros (describir) _____			
TOTAL			

Mi firma abajo indica que esta carta es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

 (Firma del padre o madre/tutor) _____
 (fecha)

+++++

Estado de Wisconsin (State of Wisconsin) Condado de (County of) _____

Esta firma se reconoció ante mí _____ de _____ (fecha) (date)

(This signature was acknowledged by me on.....)

Firmado por (signed by) _____, (Notario público)
 (Notary)

Mi Comisión se vence el _____. (My commission expires on....)

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Este formulario se debe completar un padre, tutor o adulto que es el responsable legal de la solicitante. La información es necesaria para determinar la elegibilidad para Upward Bound. Información se mantendrá confidencial pero debe ser archivada junto con la información de ingresos requeridos, antes de que el solicitante puede ser considerado para la selección.

1. NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE: _____
(Apellido) (nombre) (Segundo nombre)

2. ¿ES EL ESTUDIANTE CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O TIENE UNA RESIDENCIA PERMANENTE VÁLIDA? SÍ NO

3. COMPLETE ESTE ARTÍCULO SÓLO SI EL ALUMNO NO VIVE CON SUS PADRES:

- Estudiante vive en hogar de agobiada Estudiante vive con otros parientes. (Especificar quién): _____
- Estudiante vive solo (independiente) Estudiante permanece en la vivienda institucional
- Otros (Describe por favor): _____

4. COMPRUEBE POR FAVOR TODOS LOS PUNTOS QUE APLIQUEN AL ESTUDIANTE, LA FAMILIA O AMBOS: Familia Estudiante

- vive en una vivienda para gente de recursos bajos, apoyado por el gobierno federal o el estado.
- sólo uno de los padres vive en casa.
- recibe pagos de bienestar federal o estatal.

5. TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA ____ TOTAL AHORA QUE VIVE EN EL HOGAR ____

6. OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA QUIENES ACTUALMENTE VIVEN EN CASA:

Nombre _____	Edad _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Edad _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Edad _____	Escuela _____	Grado _____
Nombre _____	Edad _____	Escuela _____	Grado _____

7. OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA QUIENES ACTUALMENTE NO VIVEN EN CASA:

8. OTRAS PERSONAS NO ENUMERADAS ARRIBA QUE VIVEN EN SU HOGAR:

9. Describe por favor las fuerzas y las debilidades de su niño. ¿Cuáles son los puntos fuertes de su niño? _____

10. ¿Cuáles son puntos débiles de su niño? _____

11. ¿Qué beneficios educativos le gustaría que su hijo obtuviera al participar en este programa?

12. ¿Qué ventajas sociales o personales le gustaría que su niño consiga de la participación en el programa?

13. Las regulaciones federales requieren que la información de la educación de los padres esté en el archivo para cada estudiante.

Nombre de la madre

El grado más alto en escuela

El grado más alto de universidad

Nombre del padre

El grado más alto en escuela

El grado más alto de universidad

Por la presente otorgo derechos para usar mi imagen. Firma del estudiante _____ La fecha _____

Firma de los padres (Si el alumno es menor de 18 años) _____ La fecha _____

14. Upward Bound recoge números de seguridad social de los estudiantes participantes para ayudar en el seguimiento pos secundaria requerida por el proveedor del subsidio, el Departamento de Educación de Estados Unidos. Además, Upward Bound informa anualmente al Departamento del progreso de los participantes en el programa. El Departamento nos pide que proveamos los números de seguro social del estudiante en estos informes anuales. Por favor lea la notificación del acto de privacidad y marque una casilla más abajo:

Notificación del acto de privacidad: de acuerdo con la ley de privacidad de 1974 (ley pública 93-579, 5 U.S.C. 552A), le informamos que el Departamento de Educación está autorizado a recoger información para implementar el programa de Upward Bound bajo el título IV de la ley de educación superior de 1965, como enmendado (Pub. Ley 102-325, artículo 402). Según esta autoridad, el Departamento recibe y mantiene información personal de los participantes en el programa de Upward Bound. El propósito principal para la recopilación de esta información es para administrar el programa, incluyendo el seguimiento y la evaluación del progreso académico de los participantes. Proporcionar el número de la seguridad social de su hijo (SSN) en esta solicitud es voluntaria; falta de divulgación un SSN no resultará en la negación de cualquier derecho, beneficio o privilegio a la que el participante tenga derecho. Información recogida en este formulario se mantendrá en los archivos del programa y puede ser compartida con otros funcionarios del Departamento en el desempeño de funciones oficiales.

Upward Bound puede revelar el número de seguro social de mi estudiante en sus reportes al Departamento de Educación

Prefiero que Upward Bound no revele el número de seguridad social de mi niño.

Su firma abajo significa que las declaraciones hechas en este formulario son verdaderas. También indica que usted da su permiso para que el estudiante pueda participar en todos los aspectos del programa de Upward Bound, incluyendo el transporte (ida y vuelta) a las actividades programadas con la excepción de los casos notados en la forma de la salud, mientras sea un miembro del Upward Bound.

FIRMA: _____

Fecha

(por favor escriba su nombre en letra de molde)

Relación con solicitante

DIRECCIÓN: _____

(dirección de la calle)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ OTRO NÚMERO: (_____) _____

(casero)

(teléfono del trabajo)

UPWARD BOUND DECLARACIÓN MÉDICA

A los padres o tutores: La siguiente información es necesaria si debemos proporcionar los mejores servicios médicos para cada participante. Por favor complete todos los puntos en el mayor detalle posible. Muchas gracias.

Nombre del estudiante _____ Fecha del nacimiento _____

Nombre de la persona que llena este formulario _____

Relación al estudiante _____ Número del teléfono casero _____

Si hay otra persona o teléfono que podemos llamar si no podemos alcanzarle en caso de que haya una emergencia, indique por favor el nombre/numero abajo:

Nombre _____ Relación al estudiante _____ Teléfono _____

Médico/ Clínica _____ Teléfono _____ Seguro _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Alguna vez el participante ha tenido una cirugía mayor o ha sido hospitalizado? Sí No

Fecha del último examen físico: _____ Explique las operaciones, accidentes, y enfermedades significativas y la razón de la última atención médica:

¿El participante tiene alguna condición física que requiera consideraciones especiales? Explique. _____

¿Es alérgico a la medicina o a la otra sustancia? Penicilina? Sí No

Otra Antibióticos? Sí No Especifique: _____

Otra Medicamento? Sí No

Especifique: _____

Picaduras de insectos? Sí No Especifique: _____

¿El estudiante toma algún medicamento regularmente? Sí No Especifique: _____

¿Ha participado o está experimentando el participante?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alérgias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desorden sangrante
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incautación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hernia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesiones en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas menstruales
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas mentales/emocionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de cuello
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro _____				

CARTILLA DE VACUNACIÓN

MMR (measles, mumps, rubella) _____ Dose 1 (a los 12 meses o después) ___/___/___ Dose 2:

___/___/___

Tetnus-Diphtheria: ___/___/___ Año de terminación del serie: _____

Año de la última inyección de tétano: _____

Las lesiones o enfermedades que requieren atención médica se mandarán a la comunidad médica circundante. El costo le será facturado. Su firma indica que todas las declaraciones son tan verdaderas y completas como usted puede hacerlas. Además, entiende que le facturarán si su hijo necesita atención médica mientras participe en cualquier actividad de Upward Bound.

(Firma del padre o madre/tutor)

(fecha)

A LOS PADRES (S) O TUTOR LEGAL, EL CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Si su hijo/hija/pupilo tendrá menos de 18 años durante su participación en el programa de Upward Bound de la Universidad de Wisconsin-La Crosse, es obligatorio garantizar su consentimiento para la distribución de medicamentos y para el uso de dispositivos médicos. El medicamento o dispositivo médico puede ser auto administrado o administrado por personal del programa designado.

Todos los medicamentos deben estar en una botella de la medicina con etiqueta que incluye el nombre del estudiante y del médico con el número de teléfono del médico y el nombre del medicamento y dosis. También debe completar el siguiente formulario:

- Ninguna medicación ha sido traída a Upward Bound.
- Quiero el medicamento o dispositivo médico auto administrado. (De 14 años o mayor, solamente.)
- Quiero el medicamento o dispositivo médico administrado por el personal de campo designado. Sin embargo, puede llevarse a una cantidad limitada de medicamentos para condiciones de vida por mi hijo / hija / de la sala. (es decir abeja picadura kits, inhaladores)

Nombre del medicamento(s)	Doctor	Número del Teléfono del doctor
Cantidad que necesita tomar	¿Cómo se toma?	Veces al día para tomar
Día (s) que necesita tomar	Instrucciones especiales	
Firma del padre o madre/tutor (o el estudiante si mayor de 18 años)	Fecha	

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Si su hijo/hija/pupilo será menor de 18 años al participar en Upward Bound, es obligatorio garantizar su consentimiento para recibir tratamiento médico. Al firmar abajo usted da su consentimiento por adelantado para recibir tratamiento médico en un centro médico apropiado en caso de enfermedad o lesión. Al firmar abajo usted estado reconoce y acepta el riesgo inherente en las actividades del programa. Al firmar abajo usted acepta mantener indemne a la Junta de regentes de la Universidad de Wisconsin y la Universidad de Wisconsin-La Crosse, sus agentes, empleados y agentes, de cualquier y toda responsabilidad, pérdida, daños o gastos que son sostenidos o necesaria de las acciones de sus dependientes durante el campamento y eventos.

Nombre del participante (Por favor imprimir)	Firma del padre or madre/tutor (o el estudiante si mayores de 18 años)	Fecha
--	--	-------

ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

En pleno reconocimiento y apreciación de los peligros y riesgos involucrados por este medio voluntariamente acepto asumir todos los riesgos y responsabilidades que implica la participación voluntaria de mi hijo en el programa de Upward Bound en UW-La Crosse, cualquier investigación independiente o actividades llevadas a cabo como complemento a los mismos; y, además, lo hago por mí mismo, mis herederos, y representante personal por defender, eximir, indemnizar y libera y descarga para siempre el estado de Wisconsin, Junta de regentes del sistema de la Universidad de Wisconsin y todos sus oficiales, agentes, empleados y voluntarios de y contra cualquier y todo reclamo, demandas y acciones o causas de acción de cualquier tipo debido a daños a la propiedad personal, lesiones personales o muerte que pueda resultar de mi participación en el programa de Upward Bound en UW-La Crosse.

Confirmo que no hay seguro de salud o accidentes proporcionado por Upward Bound y la Universidad del estado de Wisconsin. He leído y ejecutado este documento con pleno conocimiento de su significado. En testigo de lo cual, he hecho este acuerdo de renuncia e indemnización para ser ejecutado.

Nombre del participante	Fecha	Firma del padre o madre/tutor	Fecha
-------------------------	-------	-------------------------------	-------