



2021-2022 INSCRIPCIÓN DE PAPEL

Formulario del Estado 56496 (R3 / 4-21)
COMISIÓN DE EDUCACION SUPERIOR



Este documento se dispone para ayudar a las escuelas y organizaciones comunitarias en obtener información requerida con la finalidad de que se suba una aplicación en el internet para los estudiantes elegibles del Indiana 21st Century Scholars Program. **ESTA INFORMACIÓN SE DEBE ENTREGAR EN WWW.SCHOLARTRACK.IN.GOV NO MÁS TARDE DEL 30 DE JUNIO DEL 2022 PARA SER CONSIDERADA PARA ESTE PROGRAMA.**

Escuela / Organización Comunitaria

ESTE FORMULARIO NO SE CONSIDERA COMO UNA APLICACIÓN FORMAL. La escuela y/u organización siguiente se promete a tomar responsabilidad total por la entrega a tiempo de esta aplicación, a la vez guardando la información privada/particular y destruyéndola después de que el formulario haya sido entregado.

Nombre de la organización: _____	Contacto: _____
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____

*Indica información que es requerida cuando se entrega la inscripción de 21st Century Scholars

Información del estudiante

*Nombre del estudiante (primer) _____		Inicial de segundo nombre _____	*Apellido _____	*Año en la escuela <input type="checkbox"/> 7th <input type="checkbox"/> 8th	*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No aplicable
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano <input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro	¿Hispano, Latino, o de orígenes de España? <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexican American, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	

*Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____	*Seguro social _____	Número de examen del estudiante (STN) _____
--	----------------------	---

*Domicilio (número y calle) _____

*Ciudad _____	IN Estado _____	*Código Postal _____	*Condado _____
---------------	-----------------	----------------------	----------------

*Correo electrónico _____	() _____	*Teléfono _____	Tipo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
---------------------------	-----------	-----------------	---

Escuela asistida _____

Escuela secundaria donde el estudiante asistirá _____

Compromiso del estudiante de 21st Century Scholars

Para que se considere la inscripción, un estudiante debe estar de acuerdo con las promesas siguientes y firmar abajo. Como becario, te comprometes a:

- ✓ Cumplir el programa Scholar Success Program (programa de éxito estudiantil) que incluye actividades en cada nivel escolar en la secundaria y en el instituto para ayudarte a planificar, preparar y pagar tu carrera universitaria.
- ✓ Graduarte de una escuela acreditada del estado de Indiana con un diploma de "Core 40" mínimo y un promedio escolar de 2.5 de 4.0.
- ✓ No usar drogas ilegales, cometer un crimen, un acto de delincuencia, o consumir bebidas alcohólicas antes de tener los 21 años.
- ✓ Llenar y entregar la FAFSA no más tarde del día 15 de abril como estudiante del grado duodécimo de la secundaria, y cada año que sigue, hasta graduarte de la universidad.
- ✓ Aplicar a una universidad elegible de Indiana mientras estés en la secundaria, y matricularte como estudiante de tiempo completo dentro de un año después de haberte graduado de la secundaria.
- ✓ Mantener Satisfactory Academic Progress (requisitos de satisfacción académica) según los estándares establecidos por tu universidad.
- ✓ Completar treinta (30) horas de créditos por cada año escolar universitario, manteniendo un progreso normal para graduarte a tiempo (4 años).
- ✓ Entiendo que debo ser residente del estado de Indiana (según el domicilio permanente de mis padres y/o padrastos), un ciudadano o extranjero elegible, y satisfacer los demás requisitos para ser cualificado/a.

(Tu firma se requiere para enviar esta aplicación por internet de tu parte.)

* Firma del estudiante

* Fecha de Firma (mes, día, año)

Información del hogar

Padres deben subir el tipo y la cantidad de TODOS los ingresos durante el año más reciente. Si usted aplica para este programa después del 31 de diciembre, 2021, por favor use los ingresos brutos del 2021. Si hay más de cinco (5) miembros del hogar, póngales en una página separada y adjúntela a esta inscripción para que se les incluya.

- ? **¿A quién debo incluir como miembro del hogar?** Debe incluir a todas las personas viviendo en su casa, familiares o no (como abuelos, otros familiares o amigos) quienes comparten ingresos y gastos.
- ? **¿Qué se consideran los ingresos del hogar?** Todo dinero recibido/ganado regularmente, incluyendo ingresos brutos. Ingresos brutos son **todos** ingresos recibidos antes de deducciones de declaraciones de impuestos.
- ? **¿Que se considera 'otro tipo' de ingresos?**
 - Contribución de otras personas que no viven en el hogar
 - Ingresos de inversiones
 - Dinero de interés/dividendos
 - Asignaciones militares
 - Efectivo regularmente sacado de cuentas de ahorro/inversiones
 - Cualquier otro tipo de ingreso

Cantidad de personas que residen en el hogar: _____

Ingresos del estudiante			
\$ _____ Trabajo	\$ _____ Asistencia Temporal Para Familias Con Necesidades (TANF)	\$ _____ Manutención al Niño	\$ _____ La Pensión Alimenticia
\$ _____ Discapacidad	\$ _____ Autónomo	\$ _____ Seguro Social	\$ _____ Otro

Padres			
*Padres/padrazos: primer nombre _____		_____ Inicial de segundo	_____ *Apellido
*Seguro social /ITIN <input type="checkbox"/> No SSN o ITIN		*Correo electrónico _____	
\$ _____ Trabajo	\$ _____ Asistencia Temporal Para Familias Con Necesidades (TANF)	\$ _____ Manutención al Niño	\$ _____ La Pensión Alimenticia
\$ _____ Discapacidad	\$ _____ Autónomo	\$ _____ Seguro Social	\$ _____ Otro
Otro miembro			
*Tipo de relación <input type="checkbox"/> Padres/padrazos <input type="checkbox"/> Otra persona (e.g., hermano, abuelo, tío, etc.)			
*Primer nombre _____		_____ Inicial de segundo	_____ *Apellido
\$ _____ Trabajo	\$ _____ Asistencia Temporal Para Familias Con Necesidades (TANF)	\$ _____ Manutención al Niño	\$ _____ La Pensión Alimenticia
\$ _____ Discapacidad	\$ _____ Autónomo	\$ _____ Seguro Social	\$ _____ Otro
Otro miembro			
*Tipo de relación <input type="checkbox"/> Padres/padrazos <input type="checkbox"/> Otra persona (e.g., hermano, abuelo, tío, etc.)			
*Primer nombre _____		_____ Inicial de segundo	_____ *Apellido
\$ _____ Trabajo	\$ _____ Asistencia Temporal Para Familias Con Necesidades (TANF)	\$ _____ Manutención al Niño	\$ _____ La Pensión Alimenticia
\$ _____ Discapacidad	\$ _____ Autónomo	\$ _____ Seguro Social	\$ _____ Otro
Otro miembro			
*Tipo de relación <input type="checkbox"/> Padres/padrazos <input type="checkbox"/> Otra persona (e.g., hermano, abuelo, tío, etc.)			
*Primer nombre _____		_____ Inicial de segundo	_____ *Apellido
\$ _____ Trabajo	\$ _____ Asistencia Temporal Para Familias Con Necesidades (TANF)	\$ _____ Manutención al Niño	\$ _____ La Pensión Alimenticia
\$ _____ Discapacidad	\$ _____ Autónomo	\$ _____ Seguro Social	\$ _____ Otro

* Si hay más que cinco (5) personas del hogar, haga una lista separada incluyéndolas y adjúntesela a esta inscripción.

Padres/padrazos—verificación y permiso de divulgar datos

Por el acto de firmar este formulario, certifico que toda la información es verdadera incluyendo todos los datos de ingresos enumerados bajo.

- Entiendo que este formulario sirve para aplicar para recibir fondos estatales.
- Autorizo que el programa 21st Century Scholars verifique cualquier dato de información contenido en este documento, incluyendo verificaciones de oficiales escolares, asistentes sociales, y del IRS y IDOR (departamento de ingresos federales y estatales).
- Como padre(s) y/o padrastró, estoy de acuerdo a proveer datos totales de mis ingresos, incluyendo formularios de los impuestos, formularios W-2, y cualquier otro dato pertinente.
- Entiendo que fallas y/u omisiones servirán para cancelar la aceptación de mi estudiante en este programa y puede someterme a acción legal según las leyes estatales y federales.
- Doy permiso al Indiana Commission for Higher Education para obtener el número de estudiante (STN) e información pertinente del Indiana Department of Education (departamento de educación del estado de Indiana).
- Autorizo brindar información escolar/académica a los proveedores de la escuela, a la escuela en la cual está matriculado mi estudiante, a organizaciones de la comunidad aprobadas por la escuela, y a los empleados de Indiana Commission for Higher Education para que se provea información y/o ayuda a mi estudiante.
- Entiendo que esta información no será usada con uso comercial.
- Certifico que mi estudiante es un alumno de tiempo completo en una escuela pública o privada acreditada por el estado, cuya acreditación sea aceptada como plan de mejoramiento escolar bajo IC 20-31-4-2.
- Entiendo y autorizo que la información presentada en este formulario es completa y acertada.

- Reconozco y entiendo que mi estudiante debe ser elegible para Title IV para recibir las becas de 21st Century Scholars. De tener un número de seguro social no automáticamente hace que uno sea elegible. Al no estar elegible para Title IV durante el último año de la secundaria específicamente el 15 de abril el estudiante perderá su elegibilidad para ganar la beca.

Doy permiso para que esta información se use para llenar una aplicación de mi parte a través de la organización declarada en este formulario.

*Firma del padre o padrastró

*Fecha de Firma (mes, día, año)

Esta agencia pide divulgación de su número de seguro social en acuerdo con las reglas establecidas bajo el IC 4-1-8-1. Si el padre o padrastró firmando este documento no posee un número de seguro social o un número de ITIN, por favor firme abajo.

Por la presente, certifico que yo, el padre o padrastró firmando este documento, no tengo número de seguro social (SSN) o número de Identificación de Contribuyente (ITIN). Además entiendo que al no tener un número de seguro social (SSN) o número de Identificación de Contribuyente (ITIN) no me afectará negativamente en cuanto a una decisión de elegibilidad de mi hijo.

Firma del padre o padrastró

Fecha de Firma (mes, día, año)