

*Universidad Interamericana de Puerto Rico  
Recinto de Ponce  
Cyber Tutoring Center*



El formulario que se adjunta es una solicitud de servicios del Programa CCAMPIS. **IMPORTANTE:** La aceptación de esta solicitud no está garantizada, se basa en la cantidad de espacio disponible en el Centro y la cualificación del solicitante.



**Instrucciones de Aplicación**

- La aplicación de CCAMPIS para cada semestre académico deben ser recibidas antes de finalizado el semestre anterior.
- Toda la información solicitada debe ser completada y toda la documentación debe ser entregada en el momento de presentación de la solicitud. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.
- Esta solicitud es válida por un semestre académico.
- Favor contestar todas las preguntas.
- Las solicitudes deben hacerse con tinta.
- Si tiene alguna pregunta, por favor llame Esther Cruz, Coordinador del Proyecto, al (787) 284-1912 x-2081.

*Universidad Interamericana de Puerto Rico*  
*Recinto de Ponce*  
**Aplicación Programa CCAMPIS**

---

*Child Care Access Means Parents in School Program*

**Solicitud nueva**

**Renovación**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre      Inicial

Dirección \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (    ) \_\_\_\_\_ Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Nombre de algún familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano (    ) Otro (    )

Estatus familiar: Soltera dependiente (    )      Soltero dependiente (    )  
                         Soltera jefa de familia (    )      Soltero jefe de familia (    )  
                         Casada (    )                                      Casado (    )

---

**Información Académica:**

Indique su año en la universidad:     Primer año     Segundo año     Junior     Senior

Fecha de graduación estimada (mm/yyyy): \_\_\_\_\_

Programa Académico: \_\_\_\_\_

Número de créditos que usted intenta tomar en el próximo semestre: \_\_\_\_\_

Tipo de admisión:  Avance     Regular

Horario de estudio:  Diurno     Nocturno     A distancia

¿Recibe ayuda económica (Beca Pell) para el año 10/11?     Si     No

**Complete la siguiente información del niño(a) para el que usted desea recibir el servicio de CCAMPIS:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Grado aprobado \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_

Necesidades médicas o especiales: Sí ( ) No ( )

---

**Documentación requerida**

Las aplicaciones no serán aceptadas hasta que toda la documentación sea presentada.

Por favor incluya copias de las formas siguientes:

\_\_\_\_\_ Evidencia de ayuda económica (Beca Pell)

\_\_\_\_\_ Hoja de matrícula

\_\_\_\_\_ Transcripción de créditos

\_\_\_\_\_ Foto del niño(a)

\_\_\_\_\_ Identificaciones con foto (padre o/y personas autorizadas)

\_\_\_\_\_ Certificado de nacimiento

\_\_\_\_\_ Informe de progreso académico (niños)

---

**Autorizaciones**

Autorizo las siguientes personas a traer y/o recoger al niño(a) al Programa así como a firmar la entrada y la salida del Centro del participante.

---

Nombre	Parentesco	Teléfono	Firma
1.			
2.			

---

---

\_\_\_\_\_ Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo a la enfermera o al personal del programa a administrar el medicamento Acetaminophen a mi hijo(a) en el caso de que éste(a) presente fiebre alta. Cualquier otro medicamento debe ser administrado por el padre, madre o encargado.

\_\_\_\_\_ Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo al Programa a tomar fotos o videos de mi hijo/a para efectos exclusivamente del Programa y de la Universidad. Cuando haya que divulgar información confidencial o privada se me pedirá autorización siempre que sea necesario.

---

**Una vez sea elegible, entiendo que para seguir obteniendo el beneficio del programa me será requerido que:  
(Favor iniciar cada declaración indicando su comprensión y aprobación)**

\_\_\_\_\_ Asistir a las orientaciones y/o talleres para los padres

\_\_\_\_\_ Participar en una encuesta semestral diseñada para evaluar el proyecto CCAMPIS.

\_\_\_\_\_ Mantener GPA de 2.0; esto incluye completar el número necesario de unidades para el estado de matrícula a los estudiantes.

\_\_\_\_\_ Presentar por escrito al Coordinador de CCAMPIS de cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud en el plazo de 10 días naturales del cambio.

\_\_\_\_\_ Entiendo que de no cumplir con los requerimientos del programa, no seré elegible para recibir servicios provenientes de los fondos CCAMPIS en el futuro.

---

**Compromiso y Declaración**

Me comprometo a colaborar con mi hijo para que pueda lograr sus metas académicas, cumpliré con las normas establecidas por el programa y apoyaré las actividades que serán para su beneficio. Declaro que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor entender. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del programa, auditores independientes, u otros si es necesario para la administración del programa. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad cada semestre y que estoy sujeto a nuevos requerimientos. Entiendo que esta solicitud no está completa hasta que el formulario de solicitud ha sido firmado y fechado, y toda la documentación ha sido presentada por el solicitante y verificada por la administración CCAMPIS.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre o encargado*

Núm. de estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma de la madre o encargada*

Número de estudiante: \_\_\_\_\_

Es política de la Universidad no discriminar contra persona alguna en ninguna de sus operaciones Institucionales, por ninguna de las siguientes razones: raza, color, sexo, religión, nacionalidad, estado civil, apariencia física, afiliación política e impedimento físico.

**PARA USO INTERNO**

\_\_\_\_\_ Estudiante sub-graduado

\_\_\_\_\_ Créditos en el semestre

\_\_\_\_\_ Recibe Beca Pell

\_\_\_\_\_ EFC (Asistencia Económica)

\_\_\_\_\_ Cualifica

\_\_\_\_\_ No Cualifica

Número de expediente \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

Representante autorizado CCAMPIS: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_