

University of Hawaii at Hilo
(Servicios para los discapacitados)
200 West Kawili St.
Hilo, HI 96720

SOLICITUD PARA DESCAPACITADOS

Instrucciones:

Llene cada sección de esta solicitud de la forma más completa y clara.

Agregue hojas adicionales se es necesario.

Lea cuidadosamente las instrucciones sobre el proceso de admisión.

Este formulario esta disponible en otros formatos contactando a los Servicios de Inhabilidad de la Universidad.

IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Primer apellido: _____ Segundo
apellido: _____ Numero de Seguro Social _____

DIRECCIÓN:

Anote su dirección lo más completa posible:

Dirección _____ Local: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____ Apartado postal: _____

Teléfono:

Casa: _____ Oficina: _____

5. _____ Correo electrónico _____

6. Dirección Permanente _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____ Apartado postal: _____

7. Fecha de nacimiento _____ 8. País de nacimiento _____

9. Género: Masculino ___ Femenino ___ 10. Estado Civil _____ 11. ¿Tiene Hijos? ___ Menos de 18 ___

12. Ciudadanía: Los EE.UU. _____ Residente permanente: _____ FSM _____
Marshall Island _____

13. Grupo étnico: (Opcional, pero nos asistirá en identificar becas u otros programas que usted puede ser elegible).

14. Primer Idioma (e.g. Ingles, español) _____

EDUCACIÓN

15. Secundaria, e instituciones técnicas o universidades donde ha estudiado:

Instituciones Título	Dirección	Años		Carrera
		De	Hasta	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

Envíe a: Room 311, Campus Center Building u UDS UH Hilo, 200 W. Kawili St. Hilo, HI 96720-4091

16. primer año: _____ Segundo año _____ Tercer Año _____ Cuarto Año _____
No clasificado _____

17. Nuevo _____ Continuando _____ Transferido _____ Regresando (de vacaciones) _____

18. Carera(s): _____
Especialidad(s): _____

19. Medio Tiempo o Tiempo completo _____ Tradicional o No-tradicional _____

20. Nombre del consejero académico _____

21. ¿Veterano? _____ Si _____ No, contesto si, ¿está recibiendo servicios veteranos de rehabilitación vocacional capitulo 31 (Veterans Chapter 31/Voc.Rehab Services)? _____ Si _____ No

22. Verificación de Inhabilidad:

(a) ¿Tiene una inhabilidad?

___ No. Por favor pase a la siguiente pagina.

___ Si. Seleccione lo apropiado:

Audiencia _____ Movilidad _____ Visual _____ Ortopédica _____ Aprendizaje _____

Otro (especifique) _____

b) ¿Estaba usted en una clase para discapacitados en la secundaria o en la primaria? ___ Si ___ No

c) ¿Está solicitando acomodaciones para los discapacitados? _____ Si _____ No

d) La discapacidad antedicha esta documentado por _____

el día _____. Por favor adjunto una copia de su documento.

INFORMACIÓN PERSONAL

1. ¿Cuál ha sido la realización más excepcional de su vida?

2. ¿Cuáles son sus metas?

3. ¿Cómo le puede asistir UDS?

Hago constar que la información que he incluido en esta solicitud es cierta y completa. Se que cualquier tipo de información incompleta o premeditadamente falsa, puede ser causa para que mi admisión sea refutada.

Firma _____ del _____ solicitante: _____

Fecha: _____