

## Instrucciones de Solicitud

Este formulario es una solicitud para recibir servicios del Programa CCAMPIS.

- El solicitante debe completar un formulario de solicitud de servicios para cada semestre académico. La solicitud debe ser recibida en el Programa CCAMPIS antes o durante el semestre en el cual el solicitante interesa recibir los servicios.
- Toda la información solicitada debe ser completada y toda la documentación requerida debe ser entregada al momento de presentar la solicitud. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Por favor, incluya copias claras y legibles de los siguientes documentos:

Documentos del padre/madre solicitante:	Documentos del niño(a):
<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ Evidencia de ayuda económica (Beca Pell)</li> <li>_____ Hoja de matrícula</li> <li>_____ Transcripción de créditos actualizada</li> <li>_____ Identificaciones con foto (padre/madre y personas autorizadas)</li> <li>_____ Tarjeta de vacunación COVID-19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____ Foto del niño(a)</li> <li>_____ Historial clínico (según aplique)</li> <li>_____ Certificado de nacimiento</li> <li>_____ PVAC3 – Certificado de vacunación (papel verde de vacunas)</li> <li>_____ Informe de progreso académico (notas escolares)</li> <li>_____ Tarjeta de vacunación COVID-19 (según aplique)</li> </ul>

- Esta solicitud es válida solamente para un semestre académico.
- Favor de contestar todas las preguntas.
- Las solicitudes deben ser completadas utilizando tinta azul.
- Si tiene alguna duda o pregunta, por favor, llame a **María Isabel Colón Colón**, Directora del Programa Educativo CCAMPIS, al **(787) 284-1912**, extensión **2051**.

**IMPORTANTE:** La aceptación de esta solicitud no está garantizada, sino que depende de la cualificación del solicitante y de la cantidad de espacios disponibles en el Programa.



# CAMPIS

child care access means  
parents in school

## Solicitud de los Servicios del Programa CCAMPIS

*Child Care Access Means Parents in School Program*

Solicitud nueva  Renovación Término Solicitado:  ago-dic  ene-may  verano Año: \_\_\_\_\_

Modalidad Solicitada:  virtual  presencial

Tipo de Servicio:  cuidado infantil  tutorías

### Información personal padre/madre participante:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno      Apellido materno      Nombre      Inicial

Num. Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano  Otro

Dirección \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

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

Estatus familiar:  Soltera/o dependiente

Soltera/o jefa/e de familia

Casada/o

### Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

### Información académica padre/madre participante:

Indique su año en la universidad:  Primer año  Segundo año  Tercer año (Junior)  Cuarto año o más (Senior)

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

Número de créditos que usted planifica tomar en el semestre seleccionado: \_\_\_\_\_

Tipo de admisión:  Avance  Regular

Horario de estudio:  Diurno

Nocturno

A distancia

¿Recibirá ayuda económica (Beca Pell) en el semestre seleccionado?  Sí  No

**Información personal y académica niño/a participante:**

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: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

Grupo de edad:  
Preescolar (2 años y 6 meses - 3 años y 11 meses)  
Escolar (5 años en adelante)

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

Favor de indicar si el/la niño/a tiene alguna condición o necesidad (física, conductual, médica, emocional o cognitiva) que requiera acomodo: Sí No

**Autorizaciones:**

- Autorizo No autorizo a que mi niño/a reciba los servicios de primeros auxilios del Personal del Programa certificado a estos fines y/o del Oficial de Primeros Auxilios de la UIPR, Recinto de Ponce, en caso de una emergencia médica.
- Autorizo No autorizo al Programa CCAMPIS a tomar fotos o videos de mi hijo/a para efectos exclusivamente del Programa y de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Se me pedirá autorización siempre que sea necesario divulgar información confidencial o privada.
- Autorizo las siguientes personas a traer al niño/a al Programa y/o recogerlo, así como a firmar el registro de entrada y de salida del participante.

Nombre (letra de molde)	Parentesco	Teléfono	Firma
1.			
2.			
3.			

### **Compromiso:**

**Para seguir obteniendo el beneficio del Programa CCAMPIS, me comprometo a:** (Favor **iniciar** en el espacio en blanco, certificando su compromiso)

\_\_\_\_\_ Asistir a reuniones de padres, orientaciones y talleres organizados por el Programa CCAMPIS

\_\_\_\_\_ Participar en una encuesta semestral diseñada para evaluar el proyecto CCAMPIS y completar cualquier otra actividad o instrumento de avalúo diseñado para mejorar continuamente la calidad de sus servicios

\_\_\_\_\_ Mantener un promedio académico general (GPA) de 2.0 o superior, y completar el número necesario de unidades (créditos) para alcanzar el estatus satisfactorio de matrícula según la norma de progreso académico aplicable

\_\_\_\_\_ Notificar por escrito a la Directora y/o Coordinadora de CCAMPIS cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud dentro del plazo de 10 días naturales a partir del cambio.

\_\_\_\_\_ Colaborar con mi hijo para que pueda lograr su desarrollo integral y/o sus metas académicas, cumplir con las normas establecidas por el Programa y apoyar las actividades que serán para su beneficio.

### **Declaración:**

\_\_\_\_\_ 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 y el buen funcionamiento 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 del Programa Educativo CCAMPIS.

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

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

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

### **Notificación:**

- Es política de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, 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.
- La información provista en esta solicitud es estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para fines educativos y administrativos del Programa CCAMPIS y de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.



## PARA USO INTERNO:

- Estudiante subgraduado \_\_\_\_\_ Créditos en el semestre \_\_\_\_\_ EFC (Asistencia Económica)
- Certificado Técnico
  - Grado Asociado
  - Bachillerato

- Elegible a Beca Pell  
 Recibe Beca Pell

\_\_\_\_\_ Promedio Académico

- Cualifica     No cualifica

Número de expediente \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

---

---

---

---

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

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