



APPLICATION / SOLICITUD

Information provided on this application, as well as in associated application materials, will be reviewed by program administration, residential staff and voluntary members of the Boys Hope Girls Hope Program Committee, who will utilize the information in order to determine eligibility for inclusion in the Boys Hope Girls Hope scholarship program. These individuals may also periodically review information about program participants in order to determine their continuing status with the program. Parental/Guardian signature on this application form provides authorization for the information contained herein, as well as in associated application materials, to be shared with these individuals to determine eligibility, and acknowledges the right and responsibility of these individuals to periodically review participants' continuing status in the program.

La información proporcionada en esta solicitud, al igual que en el material relacionado con la misma, serán revisados por la administración del programa, el personal residente y miembros voluntarios del comité de los programas Boys Hope Girls Hope, quienes utilizarán dicha información para determinar la elegibilidad del solicitante para participar en el programa de becas de Boys Hope Girls Hope. Estas personas podrán revisar la información de los participantes periódicamente para determinar su continuación en el programa.

La firma del padreo tutor en esta solicitud autoriza que la información contenida en la misma, así como en los materiales relacionados a la solicitud sean compartidos con las personas antes mencionadas para determinar la elegibilidad del solicitante para participar en el programa y reconoce el derecho y la responsabilidad de dichas personas de revisar periódicamente la información de los participantes para determinar su continuación en el programa.

ScholarName: Nombre del Estudiante:		
Social Security #: Número de Seguro Social:		
Birth date: Fecha de Nacimiento:		Birthplace: Lugar de Nacimiento:
Age: Edad:	Sex: Sexo:	Religion: Religión:
Lives with: Vive con:		Relationship to student: Parentesco con el estudiante:



Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:
Home Phone: Teléfono Casa: ()		Work Phone: Teléfono Trabajo: ()

Scholar Identification: Descripción del Estudiante:		
Sex: Sexo:	Height: Estatura:	Weight: Peso:
Hair: Cabello:	Eyes: Ojos:	Race: Raza:
Special Markings: Señas Particulares:		
Physical Description: Descripción Física:		

Health Insurance Company: Nombre de Compañía Aseguradora:	
Group #: Grupo #:	Plan #: Plan #:
Identification #: Identificación #:	Phone: Teléfono: ()

Referral Contact: Nombre del Contacto para Referencias:		
Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:
Home Phone: Teléfono Casa: ()		Work Phone: Teléfono Trabajo: ()



School: Nombre de la Escuela:		
Principal: Nombre del Director:	Grade: Grado:	
Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:
Phone: Teléfono: ()		

In case of emergency, please contact:
En caso de emergencia favor de contactar a:

Name: Nombre:		Relationship: Relación con el estudiante:	
Address: Dirección:			
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:	
Home Phone: Teléfono Casa: ()		Work Phone: Teléfono Trabajo: ()	

Name: Nombre:		Relationship: Relación con el estudiante:	
Address: Dirección:			
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:	
Home Phone: Teléfono Casa: ()		Work Phone: Teléfono Trabajo: ()	


FAMILY UNIT / UNIDAD FAMILIAR

Name Nombre	Date of Birth Nacimiento	Years of Education Años de Educación	Occupation Ocupación	Salary Salario
Father: Padre:				
Mother: Madre:				
Both parents live in the same home as student? Answer YES / NO: ¿Viven ambos padres en la misma casa del estudiante? Indique SI o NO:				
Parent outside of home: (circle) Vive Fuera: (circule)	Father / Mother Padre / Madre	Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:	Phone: Tel.: ()	

Are the scholar's parents still married/together? Answer YES / NO: ¿Los padres del estudiante están todavía casados/viven juntos? Indique SI o NO:
Is the father married or living together with another person? Answer YES / NO: ¿Se volvió a casar el padre o vive actualmente con otra persona? Indique SI o NO:
Is the mother married or living together with another person? Answer YES / NO: ¿Se volvió a casar la madre o vive actualmente con otra persona? Indique SI o NO:
Custody of student is with: ¿Quién tiene la custodia del estudiante?
Relationship to the student: Parentesco/Relación con el estudiante:

List all the people who live in the household (use reverse of page if necessary) Liste a todas las personas que viven en la misma casa (escriba al reverso de esta hoja si es necesario)			
Name Nombre	Age Edad	Relationship to student Relación con el estudiante	Occupation Ocupación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			


BEHAVIOR WITHIN HOME / COMPORTAMIENTO EN CASA

Please check any of the following which apply:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cooperative | <input type="checkbox"/> Helps around the house | <input type="checkbox"/> Enjoys others |
| <input type="checkbox"/> Leader | <input type="checkbox"/> Accepted by peers | <input type="checkbox"/> Independent |
| <input type="checkbox"/> Loving | <input type="checkbox"/> Religious | <input type="checkbox"/> Dependable |
| <input type="checkbox"/> Creative | <input type="checkbox"/> Outgoing | <input type="checkbox"/> Enjoys reading |
| <input type="checkbox"/> Friendly | <input type="checkbox"/> Anxious to please | <input type="checkbox"/> Athletic |
| <input type="checkbox"/> Cheerful | <input type="checkbox"/> Accepts discipline | <input type="checkbox"/> Joins groups |
| <input type="checkbox"/> Restless or overactive | <input type="checkbox"/> Sullen or sulky | <input type="checkbox"/> Quarrelsome |
| <input type="checkbox"/> Excitable | <input type="checkbox"/> Lies | <input type="checkbox"/> Tattles |
| <input type="checkbox"/> Inattentive | <input type="checkbox"/> Temper outburst | <input type="checkbox"/> Acts "smart" |
| <input type="checkbox"/> Oversensitive | <input type="checkbox"/> Selfish | <input type="checkbox"/> Destructive |
| <input type="checkbox"/> Serious | <input type="checkbox"/> Overly sad | <input type="checkbox"/> Steals |
| <input type="checkbox"/> Daydreams | <input type="checkbox"/> Fights | <input type="checkbox"/> Difficulty concentrating |

Por favor indique todos los que correspondan:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cooperativo | <input type="checkbox"/> Ayuda en quehaceres | <input type="checkbox"/> Disfruta la compañía de otros |
| <input type="checkbox"/> Líder | <input type="checkbox"/> Aceptado por otros | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Cariñoso | <input type="checkbox"/> Religioso | <input type="checkbox"/> Confiable |
| <input type="checkbox"/> Creativo | <input type="checkbox"/> Extrovertido | <input type="checkbox"/> Le gusta leer |
| <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Ansioso por complacer | <input type="checkbox"/> Deportista |
| <input type="checkbox"/> Alegre | <input type="checkbox"/> Acepta disciplina | <input type="checkbox"/> Participa en grupos |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo | <input type="checkbox"/> Malhumorado | <input type="checkbox"/> Buscapleitos |
| <input type="checkbox"/> Inquieto | <input type="checkbox"/> Mentiroso | <input type="checkbox"/> Chismoso |
| <input type="checkbox"/> Distraído | <input type="checkbox"/> Se enoja fácilmente | <input type="checkbox"/> Se pasa de listo |
| <input type="checkbox"/> Demasiado sensible | <input type="checkbox"/> Egoísta | <input type="checkbox"/> Destructivo |
| <input type="checkbox"/> Muy serio | <input type="checkbox"/> Deprimido | <input type="checkbox"/> Roba |
| <input type="checkbox"/> Fantasioso | <input type="checkbox"/> Peleonero | <input type="checkbox"/> Difícil de concentrarse |

Has student ever been involved in a Court Action? Answer YES / NO:

¿Ha estado involucrado el estudiante en cualquier tipo de acción legal o de corte? Indique SI o NO:

If Yes, Why? Explain:

Si respondió SI, explique de qué manera:

Concerns that would be beneficial in assessment of Student:

Preocupaciones que sería de beneficio conocer para la evaluación del Estudiante:


ACADEMIC PERFORMANCE / DESARROLLO ACADEMICO

Please check any of the following, which apply:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Good student | <input type="checkbox"/> Average student | <input type="checkbox"/> Poor student |
| <input type="checkbox"/> Enjoys learning | <input type="checkbox"/> Does what is necessary | <input type="checkbox"/> Hates school |
| <input type="checkbox"/> Enjoys reading | <input type="checkbox"/> Excellent reader | <input type="checkbox"/> Poor reader |
| <input type="checkbox"/> A Grade point average | <input type="checkbox"/> B Grade point average | <input type="checkbox"/> C Grade point average |
| <input type="checkbox"/> Participates in class | <input type="checkbox"/> Failing grades | <input type="checkbox"/> Resists authority |
| <input type="checkbox"/> Easily led | <input type="checkbox"/> Attendance problems | |
| <input type="checkbox"/> Demands attention | <input type="checkbox"/> Joins school athletic teams | |
| <input type="checkbox"/> Cooperates with teachers | <input type="checkbox"/> Joins school extra-curricular activities | |

Por favor indique todos los que correspondan:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Buen estudiante | <input type="checkbox"/> Estudiante promedio | <input type="checkbox"/> No es buen estudiante |
| <input type="checkbox"/> Disfruta el aprendizaje | <input type="checkbox"/> Hace lo que es necesario | <input type="checkbox"/> Odia la escuela |
| <input type="checkbox"/> Le gusta leer | <input type="checkbox"/> Lee excelentemente | <input type="checkbox"/> No lee bien |
| <input type="checkbox"/> Calificación A promedio | <input type="checkbox"/> Calificación B promedio | <input type="checkbox"/> Calificación C promedio |
| <input type="checkbox"/> Participa en clase | <input type="checkbox"/> Reprueba clases | <input type="checkbox"/> Resiste a la autoridad |
| <input type="checkbox"/> Es fácil dirigirlo | <input type="checkbox"/> Problemas de asistencia | |
| <input type="checkbox"/> Requiere atención | <input type="checkbox"/> Participa en equipos atléticos de la escuela | |
| <input type="checkbox"/> Coopera con los maestros | <input type="checkbox"/> Participa en actividades extra-curriculares | |

School athletic teams and/or clubs student is involved in:

Equipos deportivos de la escuela o clubes en los que el estudiante esté involucrado:

Special awards or academic accomplishments:

Trofeos especiales o logros académicos:

Has student ever been suspended? Answer YES / NO:

¿Ha sido suspendido el estudiante alguna vez? Indique SI o NO:

If Yes, how many times?:

¿Cuántas veces?:

If Yes, Why:

Si respondió SI, explique ¿por qué?

Has the student ever been expelled? Answer YES / NO:

¿Ha sido expulsado el estudiante alguna vez? Indique SI o NO:

If Yes, Why?:

Si respondió SI, explique ¿por qué?


MEDICAL INFORMATION / INFORMACION MEDICA

Please report any serious illnesses, operations or injuries and the age at which they occurred. Favor de indicar cualquier enfermedad seria, operaciones o accidentes y la edad que tenía.	
Age: Edad:	Age: Edad:
Age: Edad:	Age: Edad:
Does student have any allergies? Please list: ¿Padece el estudiante de alergias? Por favor indíquelas:	
Does student wear glasses? Answer YES / NO: ¿Usa anteojos el estudiante? Indique SI o NO:	Date: Fecha:
Has student had an eye examination? Answer YES / NO: ¿Le han hecho un exámen de la vista? Indique SI o NO:	Date: Fecha:
Has student had a periodic physical? Answer YES / NO: ¿Le han hecho un exámen físico periódicamente? Indique SI o NO:	Date: Fecha:
Has student had periodic dental care? Answer YES / NO: ¿Ha tenido el estudiante cuidado dental periódicamente? Indique SI o NO:	Date: Fecha:

Student's Physician: Nombre de su Doctor:	Phone: Teléfono: ()	
Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:

Student's Dentist: Nombre de su Dentista:	Phone: Teléfono: ()	
Address: Dirección:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip: Código Postal:

Please provide any information that will assist <i>Boys Hope Girls Hope</i> in providing student with excellent health care:	Proporcione a <i>Boys Hope Girls Hope</i> cualquier información que ayude a proveer al estudiante con una atención médica excelente:


STUDENT MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MEDICO DEL ESTUDIANTE

Please check if applies to student: Por favor marque con una X las enfermedades que correspondan, e indique la edad que tenía el estudiante:					
	Mumps Paperas	Age: Edad:		Measles Sarampión	Age: Edad:
	Pneumonia Neumonía	Age: Edad:		Chicken Pox Viruela Loca	Age: Edad:
	Scarlet Fever Fiebre Escarlatina	Age: Edad:		Influenza Gripe/Catarro	Age: Edad:
	Rheumatic Fever Fiebre Reumática	Age: Edad:		Tonsillitis Amigdalitis	Age: Edad:
	Asthma Asma	Age: Edad:			Age: Edad:

Symptoms of emotional disturbance. Please check if applies to student. Síntomas de desequilibrio emocional. Marque con una X las que apliquen al estudiante.			
	Hyperactivity Hiperactivo		Sleep disturbances Problemas para dormir
	Withdrawal symptoms Retraído		Phobic reactions Fobias
	Depressive symptoms Depresión		
	Bed wetting Moja la cama	Times per week: Veces por semana:	Times per month: Veces por mes:
Other: Otros síntomas/padecimientos:			

Is student on medication? Answer YES / NO: ¿Está el estudiante actualmente tomando algún medicamento? Indique SI o NO:
Name of medication: Nombre del medicamento:
Reason: Razón:

Is student under medical treatment at this time? Answer YES / NO: ¿Está el estudiante actualmente bajo tratamiento médico? Indique SI o NO:
Reason: Razón:
Has student abused drugs? Answer YES / NO: ¿Ha abusado de drogas el estudiante? Indique SI o NO:


FAMILY MEDICAL HISTORY / HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Please check if applicable. Who was or is afflicted? Por favor marque con una X las enfermedades que correspondan, e indique el familiar afectado:					
	Diabetes	Who?		Tuberculosis	Who?
	Diabetes	¿Quién?		Tuberculosis	¿Quién?
	Epilepsy	Who?		Syphilis	Who?
	Epilepsia	¿Quién?		Sífilis	¿Quién?
	Gonorrhea	Who?		Sickle Cell	Who?
	Gonorrea	¿Quién?		Célula Falsiforme	¿Quién?
	Blindness	Who?		Drug Additcion	Who?
	Ceguera	¿Quién?		Drogadicción	¿Quién?
	Deafness	Who?		Other/Otra	Who?
	Sordera	¿Quién?			¿Quién?
	Alcoholism	Who?		Other/Otra	Who?
	Alcoholismo	¿Quién?			¿Quién?
	Mental Illness	Which kind?			Who?
	Enfermedad Mental	¿Qué tipo?			¿Quién?

Any further medical concerns of family in which we should be informed of: Cualquier otra preocupación/situación médica familiar de la cual debiéramos ser informados:


DOCUMENTATION / DOCUMENTACION

Please provide the following documentation from student to <i>Boys Hope Girls Hope</i> Por favor proporcione la siguiente documentación del estudiante a <i>Boys Hope Girls Hope</i>			
	Social Security Card Tarjeta de Seguro Social		Last Report Card Ultima Tarjeta de Calificaciones
	Birth Certificate Certificado de Nacimiento		Achievement Test (if applicable) Exámen de Evaluación Académica (si aplica)
	Immunization Record Record de Inmunizaciones (vacunas)		Psychological Test (if applicable) Exámen Psicológico (si aplica)
	Baptismal Record Acta de Bautismo		Confirmation Record Acta de Confirmación
	Recent Photo of Student Fotografía Reciente del Estudiante		Copy of Current Prescriptions Copia de Recetas Médicas Actuales

	Letter from Student on why they desire to participate in the <i>Boys Hope Girls Hope</i> program.
	Carta del Estudiante indicando por qué desean participar en el programa de <i>Boys Hope Girls Hope</i>.

I certify that the information provided in this application is true and complete to the best of my knowledge.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa al mejor de mis conocimientos.

 Parent/Guardian Signature
 Firma del Padre o Tutor

 Print Name
 Nombre con letra de molde

 Date
 Fecha

 Student Signature
 Firma del Estudiante

 Print Name
 Nombre con letra de molde

 Date
 Fecha

Mail complete application to:
 Envíe por correo la solicitud completa a:

Program Director
Boys Hope Girls Hope of California
12912 Brookhurst Street # 400-A
Garden Grove, CA 92840