

# Early Academic Outreach Program

Solicitud 2022—2023

UC DAVIS

university of california

EAOP

where preparation  
meets opportunity

 [eaop.ucdavis.edu](https://www.facebook.com/eaop.ucdavis.edu)



El propósito del Programa de Early Academic Outreach Program (EAOP) es ayudar a los estudiantes a cumplir con los requisitos para ir a la universidad.

¡EAOP es un programa gratuito! Para unirse a EAOP, debe:

- Asistir a una escuela atendida por EAOP
- Cumplir con las normas de ingresos federales ó ser el primero en tu familia en ir a la universidad
- Tener el promedio académico GPA requerido de acuerdo a tu grado:

8º Grado: 2.5

9º Grado: 2.75

10º Grado: 3.0

**Si está inscrito en el programa, esto es lo que puede esperar:**

**ASESORAMIENTO ACADÉMICO:** EAOP seguirá tu progreso a lo largo de la escuela secundaria y te dará consejos sobre qué clases tomar para ayudarte a mantenerte encaminado hacia la elegibilidad universitaria.

**ELECCIONES DE UNIVERSIDADES:** EAOP te ayudará a investigar tus opciones de universidades. ¡También puede visitar un campus universitario y hablar con estudiantes universitarios!

**PREPARACIÓN DEL EXAMEN:** EAOP proporcionará información sobre dos importantes exámenes de ingreso a la universidad: el ACT y el SAT.

**SOLICITUD PARA LA UNIVERSIDAD:** EAOP lo ayudará a completar su solicitud para la universidad y le dará consejos sobre cómo redactar una declaración personal sólida.

**PAGO DE LA UNIVERSIDAD:** EAOP le dará información sobre dónde puede encontrar dinero para ayudar a pagar la universidad, incluidas be-

One Shields Avenue  
2128 Dutton Hall  
Davis, CA 95616  
(p) 530.754.8106  
(f) 530.752.9326

Rogelio Villagrana  
EAOP Director  
[villagrana@ucdavis.edu](mailto:villagrana@ucdavis.edu)  
530.752.2521

#### REGION 1

Monica Peña-Villegas  
Regional Assistant Director  
[mapenavillegas@ucdavis.edu](mailto:mapenavillegas@ucdavis.edu)  
530.752.9227

#### REGION 2

Harold Stewart-Carballo  
Regional Assistant Director  
[hjstewart@ucdavis.edu](mailto:hjstewart@ucdavis.edu)  
530.754.5017

#### REGION 3

Kayla Vogt  
[kcvogt@ucdavis.edu](mailto:kcvogt@ucdavis.edu)  
530.752.1963

#### REGION 4

530.754.8106

#### REGION 5

Karolina Vasquez  
Regional Assistant Director  
[kvasquez@ucdavis.edu](mailto:kvasquez@ucdavis.edu)  
530.754.2386



## Region 1

### Monica Peña-Villegas

Regional Assistant Director  
[mapenavillegas@ucdavis.edu](mailto:mapenavillegas@ucdavis.edu)  
530.752.9227

#### Esparto Unified

Esparto High School  
Esparto Middle School

#### Woodland Joint Unified

Douglass Middle School  
Lee Middle School  
Pioneer High School  
Woodland High School



## Region 2

### Harold Stewart-Carballo

Regional Assistant Director  
[hjstewart@ucdavis.edu](mailto:hjstewart@ucdavis.edu)  
530.754.5017

#### Elk Grove Unified

Florin High School  
James Rutter Middle School

#### Twin Rivers Unified

Foothill Ranch Middle School  
Foothill High School  
Grant Union High School  
Martin Luther King, Jr Technology Academy

## Region 3

### Kayla Vogt

Regional Assistant Director  
[kvogt@ucdavis.edu](mailto:kvogt@ucdavis.edu)  
530.752.1963

#### Sacramento City Unified

Fern Bacon Middle School  
Hiram Johnson High School  
Luther Burbank High School  
Rosa Parks Middle School K8  
Will C. Wood Middle School

#### Washington Unified

Westmore Oaks Elementary School  
River City High School

## Region 4

530.754.8106

#### Elk Grove Unified

Valley High School

#### Galt Joint Union

Galt High School  
Robert L. McCaffrey Middle School

#### Sacramento City Unified

Sacramento Charter High School  
Albert Einstein Middle School  
Rosemont High School

#### San Juan Unified

Arcade Fundamental Middle School  
Mira Loma High School

## Region 5

### Karolina Vasquez

Regional Assistant Director  
[kvasquez@ucdavis.edu](mailto:kvasquez@ucdavis.edu)  
530.754.2386

#### Dixon Unified

John Knight Middle School  
Dixon High School

#### Natomas Unified

American Lakes School  
Natomas Middle School  
Natomas High School  
Inderkum High School



(530) 754.8106 Oficina  
(530) 752.9326 Fax

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA  
2022-2023

Early Academic Outreach Program  
University of California, Davis  
One Shields Avenue – 2128 Dutton Hall  
Davis, CA 95616

Se requiere un expediente académico reciente (transcript).

Solicitud en línea: <https://eaop.ucdavis.edu/apply>

**INFORMACION ESTUDIANTIL**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre (s): \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Calle / P.O. Box \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mensajes de texto:  (Para recibir información sobre becas u otras oportunidades)  
Género:  Femenino  Masculino  Prefiero no contestar  Otra identidad \_\_\_\_\_  
State ID: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ GPA: \_\_\_\_ Año de graduación de la preparatoria: \_\_\_\_  
No es el número de tu School ID.  
Selecciona los programas de los cuales ya eres parte:  AVID  ETS  Gear-UP  MESA  Puente  Upward Bound  Otro: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
(al proveer su correo electrónico nos autoriza comunicarnos mediante este medio para así recibir información sobre becas u otras oportunidades de desarrollo académico y personal)

¿Tienes descendencia Hispana o Latina?  No  Sí ¿Estás en adopción?  No  Sí ¿Eres un estudiante aprendiz de inglés (EL)?  No  Sí

**Etnicidad:** (Selecciona una)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| 01 <input type="checkbox"/> African/African American/Black | 32 <input type="checkbox"/> Iu-Mien                     | 35 <input type="checkbox"/> Russian                        |
| 02 <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native | 06 <input type="checkbox"/> Japanese/Japanese-American  | 36 <input type="checkbox"/> Ukrainian                      |
| 11 <input type="checkbox"/> Caucasian/White                | 07 <input type="checkbox"/> Korean/Korean American      | 10 <input type="checkbox"/> Vietnamese/Vietnamese-American |
| 16 <input type="checkbox"/> Chicano/a                      | 33 <input type="checkbox"/> Laotian                     |  |
| 03 <input type="checkbox"/> Chinese/Chinese American       | 13 <input type="checkbox"/> Latino/Hispano              | 12 <input type="checkbox"/> Other Asian (Specify): _____   |
| 04 <input type="checkbox"/> East Indian/Pakistani          | 08 <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano-Americano | 14 <input type="checkbox"/> Otro (Especifica): _____       |
| 05 <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino-American     | 34 <input type="checkbox"/> Middle Eastern              | 15 <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar          |
| 31 <input type="checkbox"/> Hmong                          | 09 <input type="checkbox"/> Pacific Islander            |  |

**INFORMACION FAMILIAR**

Reciben almuerzo gratis/a precio reducido?  No  Sí  
Nombre del padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_  
Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mensajes de texto:  Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mensajes de texto:   
Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
¿Vive con el estudiante?  No  Sí ¿Vive con el estudiante?  No  Sí

Idioma preferido para el estudiante:  English  Hmong  Lao  Mien  Russian  Español  Ukrainian  Vietnamese  Other: \_\_\_\_\_  
Idioma que se habla en casa:  English  Hmong  Lao  Mien  Russian  Español  Ukrainian  Vietnamese  Other: \_\_\_\_\_

Número de miembros familiares (incluyendo el estudiante): \_\_\_\_\_ ¿Solamente un(a) padre o madre de familia está a cargo del hogar?  No  Sí  Prefiero no contestar

Ingreso anual familiar: (1)  \$27,180 o menos (2)  \$27,181 - \$36,620 (3)  \$36,621 - \$46,060 (4)  \$46,061 - \$55,500  
(5)  \$55,501 - \$64,940 (6)  \$64,941 - \$74,380 (7)  \$74,381 - \$83,820 (8)  \$83,821 - \$93,260  
(9)  \$93,261 o mas

**NIVEL EDUCATIVO EN ESTADOS UNIDOS:**

**PADRE/MADRE/GUARDIAN**

**PADRE/MADRE/GUARDIAN**

Desconocido/No disponible	<input type="checkbox"/> (UNK)	<input type="checkbox"/> (UNK)
Nunca asistió a la escuela	<input type="checkbox"/> (000)	<input type="checkbox"/> (000)
Asistió 6 años o menos	<input type="checkbox"/> (G06)	<input type="checkbox"/> (G06)
Asistió a la secundaria	<input type="checkbox"/> (G07)	<input type="checkbox"/> (G07)
Terminó la secundaria	<input type="checkbox"/> (G08)	<input type="checkbox"/> (G08)
Asistió a la preparatoria	<input type="checkbox"/> (G11)	<input type="checkbox"/> (G11)
Se graduó de la preparatoria con su bachillerato	<input type="checkbox"/> (G12)	<input type="checkbox"/> (G12)
Obtuvo su General Education Diploma (GED)	<input type="checkbox"/> (GED)	<input type="checkbox"/> (GED)
Asistió por algún tiempo a la universidad	<input type="checkbox"/> (C01)	<input type="checkbox"/> (C01)
Obtuvo su Associate's of Arts (AA, AS, etc.)	<input type="checkbox"/> (C02)	<input type="checkbox"/> (C02)
Obtuvo su Bachelor's Degree (BS, BA, AB, etc.)	<input type="checkbox"/> (C04)	<input type="checkbox"/> (C04)
Obtuvo su Master's Degree (MA, MBA, MS, etc.)	<input type="checkbox"/> (GR2)	<input type="checkbox"/> (GR2)
Obtuvo su Doctorate Degree (PhD, MD, EdD, etc.)	<input type="checkbox"/> (GR4)	<input type="checkbox"/> (GR4)
¿Obtuvo un título universitario fuera de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Office Use Only:  ED  FD  Other Transcript:  No  Yes Approving Staff's Initials: \_\_\_\_\_ V.1 06.07.2022

IDKey: \_\_\_\_\_ Data Entry Staff's Initials: \_\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



University of California, Davis  
**EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM**

**Renuncia de Responsabilidad, Asunción de Riesgo, y Acuerdo de Indemnización**

**Renuncia:** A cambio de que se me permita participar en cualquier capacidad en el **EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM** yo, en mi nombre y en el de mis herederos, representantes o designados personales, **por la presente relevo, renuncio, eximo, y acepto no demandar** a los miembros de The Regents of the University of California, sus funcionarios, empleados y representantes **de responsabilidad de todo reclamo, incluyendo la negligencia de los miembros de The Regents of the University of California, sus funcionarios, empleados y representantes**, resultante de lesión, accidentes o enfermedades (inclusive la muerte) y pérdida de propiedad originada por, pero no limitada a, la participación en **EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM**.

**Asunción de Riesgos:** La participación en el **EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM** conlleva ciertos riesgos propios de tales proyectos y actividades que no pueden ser eliminados a pesar del cuidado que se tome para evitar lesiones o daños. Los riesgos específicos varían de una a otra actividad, pero los riesgos pueden incluir: 1) lesiones menores tales como rasguños, magulladuras y torceduras; 2) lesiones mayores como lesiones a los ojos o pérdida de la vista, lesiones a coyunturas o a la espalda, ataques al corazón y contusión cerebral; 3) lesiones catastróficas, inclusive parálisis y muerte.

**Indemnización y eliminación de responsabilidad:** También estoy de acuerdo en INDEMNIZAR Y EXONERAR DE TODA RESPONSABILIDAD a los miembros de The Regents of the University of California de cualquier y toda reclamación, acción, demanda, procedimiento, costo, gasto, daño y responsabilidad, inclusive los honorarios de abogados resultantes de mi participación en **EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM** y de reembolsar estos costos en caso de incurrir tales gastos.

**Derechos y obligaciones:** El firmante además está de acuerdo específicamente con el hecho que la renuncia y el acuerdo de asunción de riesgos firmados en la presente se proponen ser tan amplios e inclusivos como permite la ley del estado de California y, que si cualquier parte de ellos se determina nula, se está de acuerdo en que el resto, sin embargo, mantendrá toda su fuerza y efecto.

**He leído los párrafos anteriores y se, comprendo, y me doy cuenta de éstos y otros riesgos que son inherentes del EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM. Por lo presente afirmo que mi participación es voluntaria y que asumo, a sabiendas, todos los riesgos.**

**Reconocimiento de entendimiento:** He leído esta Renuncia de responsabilidad, asunción de riesgos y acuerdo de indemnización y entiendo por completo las condiciones y **entiendo que estoy renunciando a derechos substanciales, incluyendo mi derecho a entablar una demanda.** Reconozco que firmo este acuerdo libre y voluntariamente, y **con mi firma indico que ésta es una renuncia completa e incondicional de toda responsabilidad** de la manera más amplia permitida por la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor del menor                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante    Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor del menor

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante



University of California, Davis  
EARLY ACADEMIC OUTREACH PROGRAM

Autorización de los Padres/Tutores del menor

Yo, \_\_\_\_\_, padre o tutor legal del menor \_\_\_\_\_,

doy permiso para que mi hijo(a) participe en las **Actividades y Proyectos del Early Academic Outreach Program (EAOP, por sus siglas en inglés)** realizados por la Universidad de California en Davis. Entiendo que el objetivo principal del programa es alentar a los estudiantes a inscribirse en cursos de preparación universitaria, a participar en los servicios de desarrollo académico del **Early Academic Outreach Program (EAOP)**, y a ser elegible para ser admitido en instituciones educativas postsecundarias de California. También entiendo que dichas Actividades pueden estar disponibles hasta que él o ella se inscriban en una universidad o campus universitario.

Autorización

Por la presente autorizo a los directores, personal y sus asistentes del **Early Academic Outreach Program (EAOP)** a participar en lo siguiente:

1. Tener acceso, hacer y recibir copias de los registros académicos de la escuela de mi hijo(a) hasta completar el 12º grado. Entiendo que estos registros se mantendrán en estricta confidencialidad y se utilizarán únicamente para: a) monitorear el progreso académico de mi hijo; y b) determinar cuándo se necesitan servicios de apoyo académico.
2. Tener acceso, hacer y recibir copias de los registros de las pruebas estandarizadas de mi hijo(a) hasta completar el 12º grado. Entiendo que estos registros se mantendrán en estricta confidencialidad y se usarán solo con el propósito de evaluar el desempeño y asesorar a los alumnos sin fines de reclutamiento.
3. Tener acceso, hacer y recibir copias de los registros escolares académicos de mi hijo(a) y los registros de los exámenes contenidos en las bases de datos electrónicas y almacenes, que incluyen, entre otros, el almacén de datos de UC Gateways, hasta completar el 12º grado. Entiendo que estos registros electrónicos se mantendrán en estricta confidencialidad y se usarán únicamente para: a) monitorear el progreso académico de mi hijo; y b) determinar cuándo se necesitan servicios de apoyo académico.
4. Revelar información de los registros escolares académicos de mi hijo(a) a representantes designados de colegios y universidades para que puedan determinar la elegibilidad de mi hijo(a) para ser admitido en sus instituciones, su necesidad de servicios especiales y para uso general en la planificación de actividades de alcance y reclutamiento. Estos registros serán mantenidos de acuerdo a las leyes estatales aplicables por la Universidad de California en conformidad con la Ley Federal de Derechos de Educación Familiar y Privacidad de 1974.
5. Permitir que mi hijo(a) asista a excursiones a colegios y universidades, patrocinado y coordinado por el **Early Academic Outreach Program (EAOP)**. Entiendo que mi hijo(a) tendrá supervisión de un adulto durante estas excursiones.
6. Reproducir cualquier material original y cualquier imagen enviada por mi hijo(a). Entiendo que las composiciones o semejanzas de mi hijo(a) pueden reproducirse en parte o en su totalidad con el fin de promover y evaluar el programa en curso. Libero a la Universidad de California de cualquier obligación de compensarme a mí, a mis hijos(as), o a cualquier parte que actúe en mi nombre, por el uso de los medios mencionados anteriormente.

Soy el padre o tutor legal del menor \_\_\_\_\_, y estoy firmando esta Autorización en nombre de dicho menor.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor del menor

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

**UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS**  
**Autorización para consentir el Tratamiento de Menores**

(Yo) (Nosotros), el (los) padre (s) / guardian de \_\_\_\_\_ un menor, por la presente autorizo

Nombre y Apellido

La Universidad de California, Davis Health Services o personal médico asistente como agente (s) para los abajo firmantes para dar su consentimiento a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, o atención hospitalaria que se considere aconsejable y que deba ser prestados bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y / o cirujano con licencia según las disposiciones de la Ley de Práctica Médica, el Código de Negocios y Profesiones de California §2000 et. seq. ; o cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico, o atención hospitalaria que se considere aconsejable y que se preste bajo la supervisión general o especial de cualquier dentista con licencia según las disposiciones de la Ley de Práctica Dental, Código de Negocios y Profesiones de California §1600 et. seq.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica para proporcionar autoridad y poder por parte de nuestros agentes antes mencionados para dar su consentimiento específico a todos los diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que El médico o dentista antes mencionado, en el ejercicio de su mejor juicio, puede considerarlo aconsejable.

Esta autorización se otorga de conformidad con las disposiciones del Código de Familia de California §6910. Se entiende que dicho (s) agente (s) hará todo lo posible para contactar al suscrito antes de ejercer esta autorización, pero no se retendrá ninguna atención médica antes mencionada si el contacto no puede hacerse de manera oportuna.

(Yo) (Nosotros) por la presente autorizamos a cualquier instalación que haya brindado atención médica al menor mencionado anteriormente de conformidad con las disposiciones del Código de Familia de California §6910, a entregar la custodia física de dicho menor al agente (s) mencionado anteriormente La finalización de la atención médica. Esta autorización se otorga de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California §1283.

(Yo) (Nosotros) Comprendemos que The Regents of the University of California, sus directores, funcionarios, empleados y agentes ("The University") no es responsable de los pagos incurridos debido a la atención médica antes mencionada.

Estas autorizaciones permanecerán vigentes desde la fecha firmada a continuación hasta que el estudiante complete el programa, a menos que se revoque antes por escrito.

Condición Especial: \_\_\_\_\_

- Si su hijo tiene información de salud que sería importante que conozcamos, marque aquí para obtener un seguimiento adicional. No envíe información de salud en este formulario

Firma requerida para ambas opciones:

- Autorizo el consentimiento para el tratamiento como se describe anteriormente.  
 No autorizo el consentimiento para el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del pader o tutor del menor (**Requerida**)

\_\_\_\_\_  
Firma del pade o tutor del menor (**Requerida**)

\_\_\_\_\_  
Date