



Documento del Perfil del estudiante adulto (ASPD) 2023-24

Proporcione la información que figura a continuación. Todos los elementos con un asterisco (*) son obligatorios.

*FECHA DE INGRESO: (mm/dd/aaaa) _____

Información de contacto

*Apellido: _____ *Nombre: _____ Segundo nombre/Inicial: _____

*Dirección postal: _____ *Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

Condado de residencia: _____ País de origen: _____ Número de seguro social: _____

Mejor número de teléfono para contactarlo: _____ ¿Es un teléfono celular? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿podemos enviarle un mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

Mejor horario para comunicarnos con usted _____ Dirección de correo electrónico: _____

Información demográfica (edad, género, etnia y raza)

*Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____ Si es menor de 18 años, ¿está exento de la asistencia obligatoria? ☐ Sí ☐ No

*Sexo: (Seleccione uno) ☐ Femenino ☐ Masculino Identificación preferida: _____

*¿Es hispano? ☐ Sí ☐ No

*¿Cuál representa mejor su origen racial? (Seleccione todas las que correspondan)

☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico ☐ Blanco

Contacto de emergencia

Nombre de la persona de contacto: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nivel educativo

*Educación: (Seleccione una) ☐ Educación de los EE. UU. ☐ Educación fuera de los EE. UU.

**Nivel escolar más alto completado o título obtenido: (Seleccione uno)

☐ Grados 1-5
(Último grado completado _____)

☐ Certificado/credencial alternativa
de escuela secundaria

☐ Título universitario/profesional

☐ Grados 6-8
(Último grado completado _____)

☐ Equivalencia de escuela secundaria

☐ Sin estudios

☐ Desconocido

☐ Grados 9-12 Sin certificado (Último grado completado _____)

☐ Certificado/equivalencia de escuela secundaria y parte de la
universidad (sin título)

¿Cómo se enteró de este programa de educación para adultos? (Seleccione todas las que correspondan)

☐ Cartel publicitario

☐ Miembro de la familia/amigo

☐ Tarjeta impresa/volante

☐ Redes sociales

☐ Escuela del niño/a

☐ Soy un estudiante que se

☐ Anuncio de periódico/revista

☐ Mensaje de texto/correo

☐ Iglesia

☐ reincorpora

☐ Anuncio de televisión

☐ electrónico

☐ Instituto de educación
superior

☐ Búsqueda en Internet
☐ Centro integral

☐ Anuncio de radio

☐ Portal de VA Career Works

☐ Otro: _____

Inscripción en un programa distinto al WIOA Title II (Seleccione todas las que correspondan)

¿Actualmente está inscrito en alguno de los siguientes? ☐ VA Career Works (Title I) ☐ VEC (Title III) ☐ DARS/DBVI (Title IV)

Situación laboral

*¿Cuál es su situación laboral a la fecha de esta admisión? (Seleccione una)

☐ Empleado

☐ Empleado (**pero recibió un aviso de que su empleo está por terminar o que la baja del servicio militar está pendiente**)

☐ Desempleado durante 27 o más semanas

☐ Desempleado durante menos de 27 semanas

☐ Fuera del mercado laboral (no está buscando trabajo)

Barreras laborales

*¿Usted enfrenta alguna barrera laboral?
(Seleccione todas las que correspondan)

☐ Tengo una discapacidad

☐ No tengo una dirección fija

☐ Soy un trabajador agrícola migrante o de temporada

☐ Soy exdelincuente

☐ Crío a mi hijo/a solo/a

☐ Estoy o solía estar en el sistema de crianza temporal

☐ Tengo bajos ingresos

☐ Soy ama/o de casa desplazada/o

☐ Tengo menos de dos años de elegibilidad de por vida para TANF

☐ Ninguna de las barreras indicadas se aplica a mí



Documento del Perfil del estudiante adulto (ASPD) 2023-24

Examen de equivalencia de escuela secundaria de VA

- *¿Ha realizado el examen GED®? ☐ Sí ☐ No
- *¿Tiene planes de realizar el examen GED® en los próximos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
- *¿Se ha inscrito para aprovechar la iniciativa de examen gratuito promocionado en GED.com? ☐ Sí ☐ No

Divulgación del consentimiento de información del estudiante

Doy mi consentimiento a _____ (nombre del proveedor del programa de educación para adultos) para divulgar mi información de directorio a las agencias de fuerza laboral en Virginia Career Works local que me corresponde para determinar si califico para recibir asistencia laboral adicional, incluyendo capacitación laboral específica. El consentimiento firmado vence al final del año del programa.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso local

*Tipo de programa para estudiantes: (Seleccione uno)

Participación en el programa: (Seleccione todas las que correspondan)

*Fuente de financiación federal: (Seleccione uno)

Fuente de financiación estatal: (Seleccione una si corresponde)

- ☐ ABE ☐ ASE ☐ ELA ☐ IELCE
- ☐ IET ☐ Family Literacy ☐ Workplace Adult Education & Literacy
- ☐ Centro correccional ☐ Programa correccional ☐ Otros entornos institucionales
- ☐ AEFLA (Title II, Sec. 231) ☐ C&I (Title II, Sec. 225) ☐ IELCE (Title II, Sec. 243)
- ☐ GAE ☐ PIVA ☐ Race to GED® ☐ Competencia deportiva local