

The University of the State of New York
THE STATE EDUCATION DEPARTMENT
 GED Testing Office
 P.O. Box 7348
 Albany, New York 12224-0348
 (518) 474-5906

SOLICITUD PARA EL EXAMEN DEL GED

Importante: Si alguna de las secciones de esta solicitud está incompleta o no se puede leer, la solicitud será devuelta, ocasionando retraso en el proceso de registración para la fecha de su examen. Envíe por correo o entregue esta aplicación a un Centro de Evaluación de su localidad.

No envíe la aplicación a la Oficina de Evaluación de Albany

Información del solicitante

FAVOR DE ESCRIBIR CLARO Y CON TINTA

1. Número de Seguro Social <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		2. Código del Centro de Preparación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Código del Programa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3. Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
4. Dirección (Calle/P.O. Box)				Número de Apartamento	
5. Ciudad		Estado		Código Postal	
6. Número de Teléfono (<input type="text"/>) Código de Area Número	7. Fecha de Nacimiento Mes Día Año	8. Edad	9. Género Masculino Femenino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. ¿En qué idioma desea ser evaluado? Inglés Español <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. Nombre de la Escuela a la que Ud. asistió		Dirección		Ciudad Estado	
12. ¿Ha tomado Ud. previamente el examen para obtener el Diploma del GED en el Estado de Nueva York? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si es "SI" por favor complete la preguntas 13 al 17 Si es "NO", conteste a partir de la pregunta 18.			
13. ¿Qué nombre utilizó Ud. en el último examen?		→ _____ Apellido Nombre Inicial segundo nombre			
14. Número de Identificación usado en el último examen	15. Centro de Evaluación	16. Fecha del último examen	17. Formulario usado anteriormente		

Solicitud de fechas y centros para el examen

Seleccione su mejor opción de fecha y localidad para tomar el examen del GED. Haga su elección de acuerdo a la lista de centros de evaluación del Estado de Nueva York. Escriba el nombre del centro y la fecha del examen.

18. CENTRO DE EVALUACION _____ 19. FECHA DEL EXAMEN - 1ra. OPCION _____ 2da. OPCION _____

20. ¿Está solicitando cambios especiales a la administración del examen del GED debido a una discapacidad o por motivos religiosos ? <input type="checkbox"/> NO (Si es "NO", pase a la pregunta 21) <input type="checkbox"/> SI	Si es "SI" y esta oficina ha autorizado previamente cambios especiales para Ud., incluya una copia de la carta de autorización con su solicitud. Si es "SI" y esta oficina todavía no ha autorizado cambios especiales para Ud., debe incluir junto con su solicitud una carta especificando qué arreglos son necesarios para Ud., así como la documentación que sustente su solicitud.
---	--

Información de Elegibilidad

21. ¿Usted tiene 19 años o más? SI Si es "NO", Ud. debe añadir a esta solicitud la documentación apropiada, NO identificando los criterios de la elegibilidad que usted cumple.

Elegibilidad para personas **menores de 19 años solamente**

22. Por favor marque **SOLO UNA** categoría de elegibilidad que le corresponda y adjunte la documentación necesaria a esta solicitud.

- B2 Ha pasado un año desde que Ud. estuvo matriculado en un programa de instrucción de escuela superior a tiempo completo, o
- B3 Ud. fue miembro de una clase de escuela superior que ya se graduó, o
- B4/C2* Ud. está matriculado en un programa alternativo aprobado de preparación de escuela superior, o
- B5/C3* Ud. ha sido aceptado en el servicio militar de los Estados Unidos, o Ud. ha sido aceptado en una Escuela Superior, Universidad, o
- B6* Ud. es miembro de Job Corps, o
- B7* Ud. ha sido encarcelado/institucionalizado, o
- B8* Usted es un menor juzgado a cargo de la dirección de una prisión, centro de detención, u oficial de libertad condicional o vigilada.
- B9* Ud. tiene por lo menos 17 años de edad y ha sido escolarizado en casa.

* Ud. debe haber llegado "hasta el máximo de la edad obligatoria de asistencia a la escuela". (El año escolar [Julio 1 a Junio 30] en el que Ud. cumplió los 16 años de edad ha terminado).

Autorización para publicar los resultados del GED

23 SI NO Doy autorización para que los resultados/notas sean también enviadas al programa de preparación para el examen del GED indicado en esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

Certificación / Declaración Jurada

24 Entiendo que mi elegibilidad para tomar el examen del GED estará basada en la información proporcionada en esta solicitud y en cualquier otra información adjunta. Si alguna de esta información estuviera incorrecta y, basada en mis registros anteriores, consecuentemente se determina que no reúno los requisitos necesarios para la fecha que comienza el examen, entiendo que **mi examen no será calificado**. Por lo tanto, certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en este formato y en cualquier otro documento adjunto es verdadera basada en mis conocimientos y creencias.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA _____

Permiso del Padre o Guardián (Si el candidato es menor de 18 años)

25 Firmando abajo confirmo que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera. Adicionalmente, doy mi permiso a mi hijo / hija (señale una) con nombre _____, para que tome el examen de GED y entregue sus resultados al programa de preparación de GED y/o al Centro de Exámenes indicado en esta aplicación.

FIRMA DEL PADRE _____ FECHA _____