

## Preguntas de seguimiento para la matrícula de alumnos

### Estatus de discapacidad

¿Cuál de estas categorías de discapacidades aplican a usted? (Seleccione todas las que sean aplicables)

- Impedimento físico por una condición de salud crónica
- Impedimento físico que incluye inmovilidad
- Por razón de enfermedad mental, discapacidad psiquiátrica o condición emocional, tiene dificultad severa concentrándose, recordando o tomando decisiones
- Ceguera o dificultad severa para ver
- Sordera o dificultad severa para oír
- Discapacidad de aprendizaje
- Discapacidad intelectual o cognitivo
- No deseo revelar mi categoría de discapacidad

### Estatus de veterano

#### **Elegibilidad:**

1. **<=180 Días:** ¿Ha servido usted en el militar activo de los EE.UU., la armada o fuerza aérea, por un período menor o igual a 180 días y le han dado de baja de tal servicio por condiciones que no sean deshonrosas?  
 Sí  No
2. **Veterano elegible:** ¿Ha servido usted en servicio activo por un período mayor a los 180 días y le han dado de baja de tal servicio por condiciones que no sean deshonrosas o fue dado de baja por una discapacidad relacionada con el servicio; o fue miembro de un componente de reserva bajo una orden de deber activo de acuerdo a la sección 167(a), (d), o (g), 673 (a) del Título 10, U.S.C., sirvió en deber activo durante un período de guerra o en una campaña o expedición, para la cual se autoriza un distintivo de campaña y dado de baja de tal deber por condiciones que no sean deshonrosas?  Sí  No
3. **Otra persona elegible:** ¿Aplica alguna de las siguientes a su situación?
  - a. ¿Es usted esposo(a) de una persona que murió en deber activo o debido a una discapacidad relacionada con el servicio militar?
  - b. ¿Es usted esposo(a) de una persona de las fuerzas armadas sirviendo en deber activo, quién en el momento de solicitar ayuda bajo esta sección, se alista, de acuerdo a 38 U.S.C 101 y las regulaciones dadas por el Secretario interesado, en una o más de las siguientes categorías y ha sido alistado allí por más de 90 días: (i) perdido en acción; (ii) capturado en la línea del deber por una fuerza hostil (iii) detenido a fuerza o internado en la línea del deber por un gobierno o poder extranjero?
  - c. ¿Es usted esposo(a) de una persona que tiene una discapacidad total de naturaleza permanente como resultado de una discapacidad relacionada con su servicio, o esposo(a) de un veterano que murió mientras existía tal discapacidad?  Sí  No

Nombre del participante:

### **Estatus de veterano (continuación)**

#### **Veteranos discapacitados:**

1. ¿Es usted un veterano que sirvió en deber activo en las fuerzas armadas de los EE.UU. y que tiene derecho a compensación sin importar la clasificación (incluyendo aquellos que clasificaron al 0%); o aquel, que a no ser por recibir pago de jubilación militar, tuviera derecho a compensación, bajo las leyes administradas por el Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA por sus siglas en inglés); o fue dado de baja de su deber activo debido a una discapacidad relacionada con su servicio?

**Discapacitado**  **Sí**  **No**

2. ¿Es usted un veterano que sirvió en deber activo en las fuerzas armadas de los EE.UU. y que tiene derecho a compensación (o aquel, que a no ser por recibir pago de jubilación militar, tuviera derecho a compensación) bajo las leyes administradas por el DVA para una discapacidad; (i) clasificado al 30 por ciento o más o (ii) clasificado al 10 o 20 por ciento en el caso de un veterano quién se ha determinado por el DVA que tiene una discapacidad seria para empleo?

**Discapacidad especial**  **Sí**  **No**

**Fecha de la separación militar** \_\_\_\_\_

### **Granjeros estacionales y granjeros estacionales inmigrantes**

#### **1. Granjero estacional:**

¿Es usted un individuo de bajos ingresos económicos, quién por 12 meses consecutivos de los 24 meses anteriores a la presentación de la solicitud al programa involucrado, ha sido empleado principalmente en la labor de agricultura o piscicultura, que se caracterizan por desempleo crónico o subempleo y encaran muchas barreras para ser autosuficientes económicamente?  **Sí**  **No**

#### **2. Granjero estacional e inmigrante:**

¿Es usted un granjero estacional a quién su labor agrícola le requiere viajar a su lugar de trabajo y no puede regresar a su lugar de residencia permanente el mismo día?  **Sí**  **No**

3. ¿Es usted dependiente de un ranjero estacional o granjero estacional inmigrante?  **Sí**  **No**

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante (impresión)

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (impresión)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha