

Nombre del joven:	Fecha:
Fechas del plan de ETV: (Especificar año abajo) Del: 1° de julio,	Al: 30 de junio,
Número de años de participación en el programa ETV antes de este año del plan según el Sistema de Información de Autosuficiencia (SSIS):	
<i>Deberá ser revisado, actualizado y aprobado en cada plan del caso o cuando cambien las circunstancias.</i>	

Sección 1: Plan educativo del joven y medidas identificadas				
Institución de educación post-secundaria:	Trayectoria educativa:			
	☐ Certificación	☐ Licenciatura (Bachelor)		
Especialidad o campo de estudio:	☐ Formación	☐ Maestría (Master)		
	☐ Título de asociado (Associate)	☐ Otro _____		
Medidas de acción:				
¿Visitó el recinto universitario?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Tuvo la consulta inicial con el asesor académico/consejero?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Completó la solicitud de admisión?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Realizó el examen o exámenes de nivel?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Rellenó la Solicitud de Ayuda Federal Gratuita para Estudiantes (FAFSA)?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Entregó la carta de verificación de la custodia al departamento de ayuda financiera?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Recibió el Coordinador de vida independiente una copia de la carta de concesión de la FAFSA?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Entregó una copia del horario del semestre al Coordinador de vida independiente?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Se ha obtenido el Plan 504 y se ha entregado en el centro educativo post-secundario?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Tiene alguna referencia de los Servicios de Rehabilitación Profesional?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
¿Se han entregado copias del acuerdo de vivienda al Coordinador de vida independiente? (Ejemplo: contrato de alquiler firmado, contrato de residencia, contrato de alquiler o fondos de transición de la familia de acogida).	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde

Estado de Kansas Departamento de Niños y Familias Servicios de prevención y protección	Vale de Educación y Capacitación Plan del programa	PPS 7001 REV. En.-2019 Página 2 de 4
--	---	--

¿Se entregaron copias de las notas de los semestres anteriores al Coordinador de vida independiente?	☐ Sí	☐ No	☐ Necesita	☐ No corresponde
<i>Las tareas específicas para completar estos requisitos se identificarán en el Plan de autosuficiencia PPS 7000.</i>				

Sección 2: Gastos estimados asociados al plan del programa de educación y/o formación por año	
¿Acepta la escuela la exención de pago de la matrícula(KS Board of Regents- Institución pública)? ☐ Sí ☐ No ☐ NA- No apto	
Categoría de gastos	\$ Importe
Matrícula y tasas (<i>No introduzca el importe cubierto por la exención de matrícula, si procede.</i>)	\$
Libros y materiales	\$
Alojamiento y comida	\$
Cuotas especiales	\$
Cuidado infantil	\$
Equipo técnico	\$
Tutoría	\$
Transporte	\$
Ropa	\$
Cuestiones médicas	\$
Varios (permisibles a tenor de ETV)	\$
A. Total de los costos	\$
<i>Los importes serán verificados por la escuela.</i>	

Sección 3: Concesiones económicas asociadas al plan del programa de educación y/o formación por año		
Tipo de conseción	\$ Importe	Verificado con la escuela
Pell Grant	\$	☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde
Subvención complementaria para la educación (SEOG)	\$	☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde
Total de becas concedidas (<i>añadir desde abajo</i>)	\$	☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde
Total de préstamos estudiantiles	\$	☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde
<i>Perkins Loan</i>	\$	
<i>Préstamo subvencionado</i>	\$	
<i>Préstamo no subvencionado</i>	\$	
<i>Préstamo privado</i>	\$	

Estado de Kansas Departamento de Niños y Familias Servicios de prevención y protección	Vale de Educación y Capacitación Plan del programa	PPS 7001 REV. En.-2019 Página 3 de 4
--	---	--

Programa de trabajo durante el estudio	\$	☐ Sí	☐ No	☐ No corresponde
Otro (Identificar)	\$	☐ Sí	☐ No	☐ No corresponde
B. Total de las concesiones económicas	\$			
C. Total de la necesidad económica (A – B = C) <i>A. Costo total – B. Total de concesiones económicas = C. Total de la necesidad económica</i>	\$			
Cantidad autorizada por el Coordinador de vida independiente del DCF (Los fondos ETV están sujetos a disponibilidad.)	\$			
Solicitudes de beca completadas: Al menos 3 (Indique a continuación)	Importe concedido, si procede	Verificación proporcionada al Coordinador de vida independiente del DCF (Si se ha concedido una excepción, marque "No corresponde" a continuación).		
1.		☐ Sí	☐ No	☐ No corresponde
2.		☐ Sí	☐ No	☐ No corresponde
3.		☐ Sí	☐ No	☐ No corresponde
El Supervisor de vida independiente ha concedido una excepción al mínimo de 3 becas. <i>(Por ejemplo, el joven tiene previsto realizar un curso de auxiliar de enfermería certificado y no hay becas disponibles para ello o el joven ha recibido una beca completa para asistir a la escuela. Explique a continuación las circunstancias que justifican una excepción. Omita lo siguiente si no se aplica una excepción.)</i>				
☐ Excepción concedida, explique el por qué:				

Sección 4: Ayuda financiera autorizada por el Coordinador de vida independiente (Al final del año fiscal, adjunte un informe de gastos SSIS ETV.)

*Al firmar este plan, me comprometo a proporcionar **verificación de 3 solicitudes de beca** y **completar todos los documentos y pruebas de admisión requeridos** para la escuela o el programa de formación elegido. Proporcionaré a mi coordinador de IL del DCF **copias de todas las cartas de concesión de ayuda financiera, a copia de mi calendario semestral y una copia de mis informes de notas del semestre.***

Firmas	Fecha	Firmas	Fecha
Adulto joven:		Coordinador de IL del DCF :	
Mentor:		Supervisor de IL del DCF:	



Kansas

Department for Children
and Families
*Prevention and
Protection Services*

Strong Families Make a Strong Kansas