Apéndice 1

Solicitud de Examen de Asignatura del Programa de Educación para Adultos

El Proveedor de Servicios completará la siguiente información para que el participante o el consejero escolar entregue la solicitud en la UEDC correspondiente a su región educativa. Se requiere transcripción de créditos original con la solicitud.

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: ☐M ☐F
Seguro social completo o VISA/pasaporte:		Fecha nacimiento:	Día / Mes / Año	
Dirección Postal:		Ciudad:	País:	Código postal:
Correo electrónico:		Teléfono #1:	Teléfono #2:	
País de origen:	Nombre del centro o institución de procedencia:		Municipio del centro o institución:	
Razón para solicitar examen: ☐ Rezago académico ☐ Curso no disponible ☐ Conflictos en programa de clases ☐ Mejorar nota	¿Ha tomado este examen anteriormente? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, indique fecha en que lo tomó: _____ / _____ / _____ día mes año	Requiere acomodo razonable: ☐ Sí (complete formulario) ☐ No	Trabaja actualmente: ☐ Sí ☐ No	
Raza: ☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o africano ☐ Hispano o latino ☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico ☐ Blanco	Meta educativa: ☐ Certificado o grado técnico ☐ Grado asociado ☐ Bachillerato ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ No he decidido o no tengo establecida ninguna meta	Zona residencial: ☐ Zona urbana ☐ Zona rural	Nivel de funcionamiento actual: ☐ ABE 4 ☐ ABE5 - A ☐ ABE5 - B ☐ ABE6 - A ☐ ABE6 - B	

Luego de evaluar el expediente académico y realizar el estudio de necesidades académicas correspondiente, recomiendo al participante arriba mencionado, activo en el centro _____ del municipio _____ para tomar el examen de asignatura del PEA _____ del nivel de funcionamiento _____. La razón para esta recomendación es _____. Será nuestra responsabilidad incluir los resultados del mismo en el expediente académico oficial del participante y el Sistema de Información de Adultos (SIA), además de tramitar la solicitud de diploma de Escuela Superior (cuando corresponda).

_____ Nombre del proveedor de servicios

_____ Fecha

_____ Firma

Sello del centro

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 1-A

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Año Escolar: 20___ - 20___

SOLICITUD DE EXÁMENES DE ASIGNATURA POR FALTA DE MAESTROS

_____ Nombre del Centro

_____ Región

☐ Primer Ciclo

☐ Segundo Ciclo

Nombre del Participante		Exámenes Asignaturas del PEA por Nivel de Funcionamiento																							
		Comunicación en Español				Comunicación en Inglés				Razonamiento Matemático				Razonamiento Científico				Interacción Social				Electivas		TOTAL
		ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	Sociología	América Latina	
TOTAL		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
1																								**0**
2																								**0**
3																								**0**
4																								**0**
5																								**0**
6																								**0**
7																								**0**
8																								**0**
9																								**0**
10																								**0**

_____ Firma del Director o Consejero

_____ Fecha

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 1-B

Solicitud de Examen de Asignatura de Escuela Superior o del Programa de Educación para Adultos (PEA) por Situación Excepcional

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre:	Segundo Nombre:	Género: ☐M ☐F
Seguro Social Completo o VISA/Pasaporte:		Fecha Nacimiento:	Día / Mes / Año	
Dirección Postal:		Ciudad:	País:	Código Postal:
Correo electrónico:		Teléfono #1:	Teléfono #2:	
País de Origen:	Nombre del Centro o Institución de Procedencia:		Municipio del Centro o Institución:	

Razón para solicitar examen: ☐ Rezago académico ☐ Curso no disponible ☐ Conflictos en programa de clases ☐ Mejorar nota	¿Ha tomado este examen anteriormente? ☐ Si ☐ No Si contestó Si, indique fecha en que lo tomó: _____ / _____ / _____ día mes año	Requiere acomodo razonable: ☐ Si (Completar formulario) ☒ No	☐ Se solicita el examen de Asignatura de Escuela Superior. * Nota: Para completar la solicitud debe ir adjunto con el Apéndice 6: "Recomendación del Director Escolar"	☐ Se solicita el examen de Asignatura del PEA Nivel de funcionamiento aprobado: ☐ ABE 4 ☐ ABE5 - A ☐ ABE5 - B ☐ ABE6 - A ☐ ABE6 - B

Fecha de la Solicitud: _____

Examen que se solicita: _____

Explique brevemente la situación excepcional para la solicitud de este examen:

Sello Oficial

_____

_____

_____

_____

Certifico correcto: _____ _____

Nombre del Director o Consejero en letra molde — Firma del Director o Consejero

DETERMINACIÓN DEL CASO

Después de evaluar la situación expuesta, se determina ☐Si / ☐No autorizar la administración de este examen.

Nombre del Director Ejecutivo de la UEDC	Nombre del Director Ejecutivo del PEA	Fecha
Firma del Director Ejecutivo de la UEDC	Firma del Director Ejecutivo del PEA	Fecha

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN GOBIERNO DE PUERTO RICO

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 2

FOTO DEL PARTICIPANTE

Fecha: _____

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD

Con el propósito de proteger la identidad de los participantes del Programa de Educación para Adultos, este formulario se cumplimentará para certificar el nombre completo, la fecha, el lugar de nacimiento y el número de seguro social, según aparece en el Certificado de Nacimiento y la tarjeta del Seguro Social, respectivamente.

Nombre del centro _____

Región_____ **Municipio**_____

Fecha de nacimiento ____/_____/_____ **Lugar de nacimiento** _____
Día/ Mes / Año

Edad: _____

Número de seguro social _____/_____/_____ _____
Número como aparece en la tarjeta de seguro social Nombre como aparece en el certificado de nacimiento

---

Certifico que la información aquí ofrecida es fiel y exacta de acuerdo con los documentos originales que presentó el participante.

_____ _____ _____
Nombre del funcionario que prepara la certificación **Firma** **Posición**

_____ _____
Nombre del proveedor de servicios **Firma**

Nota: El PEA no podrá rechazar a ninguna persona extranjera o sin hogar por no poseer un número de seguro social o porque no pueda demostrar la legalidad de su presencia en Puerto Rico.

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 3

CERTIFICACIÓN DE BAJA OFICIAL O ESTATUS DE MATRÍCULA

Número de Estudiante (SIE)										

Certifico que _____ no está matriculado en una
(Nombre del participante)
escuela regular pública o privada. De acuerdo con los documentos oficiales, cursó estudios hasta el _____ de _____ de _____ en la escuela _____ del municipio de _____ en la cual interrumpió sus estudios. El último grado aprobado por el estudiante fue _____. Según consta en su expediente, el motivo de no continuar estudios fue:

_____

_____

Certifico que la información ofrecida es fiel y exacta. La misma puede ser verificada en los documentos oficiales que existen en nuestros archivos.

_____ _____
Nombre del director o representante autorizado Fecha

_____ _____
Firma Puesto

Sello oficial de la escuela, centro, academia o institución

Este documento es un requisito de matrícula para todo individuo con edad de 21 años o menos. El mismo puede ser sustituido por el documento de traslado original (T6).

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 4

CERTIFICACIÓN DE TRASLADO

Nombre del participante: _____

De: _____ _____
Nombre del centro que traslada al participante — Nombre de la persona que certifica el traslado

A: _____ _____
Nombre del centro que recibe al participante — Nombre de la persona que certifica el traslado

Descripción del contenido del expediente:

- ☐ 1. Formulario de certificación con identificación con foto o foto 2x2 grapada.
- ☐ 2. Transcripción de créditos en original firmada por el director de la escuela de procedencia o resultados de examen de ubicación o certificación de equivalencia, originales.
- ☐ 3. Carta de baja oficial o certificación para indicar que no está matriculado en una escuela regular o T6, si es menor de 21 años.
- ☐ 4. Certificado de vacunación, si es menor de 21 años de edad (PVAC-3).
- ☐ 5. Formulario de Recopilación de Datos del Participante y Formulario de Matrícula.
- ☐ 6. Formulario de Convalidación y Estudio de Necesidades Académicas (si aplica).
- ☐ 7. Informe de notas (si aplica).
- ☐ 8. Tarjeta acumulativa cumplimentada en todas sus partes (si aplica).
- ☐ 9. Otros documentos: _____.

Certifico que he entregado el expediente original del participante en referencia y que mantengo copia fiel y exacta del mismo.

Certifico que he recibido el expediente del participante en referencia y que el mismo cumple con los requisitos de elegibilidad del PEA y contiene los documentos señalados anteriormente.

_____
Firma de la persona que entrega el expediente

_____
Firma de la persona que recibe el expediente

_____
Fecha

_____
Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Apéndice 5

FORMULARIO DE CONVALIDACIÓN Y ESTUDIO DE NECESIDADES ACADÉMICAS

Nombre del participante: _____

Nombre del centro: _____

Número de identificación										
X	X	X	-	X	X	-				

El consejero del PEA o el director de la UEDC evaluará los cursos que apruebe el participante. Usará esta hoja para convalidar los cursos aprobados por las diferentes materias y la equivalencia en créditos que se otorgará.

Cursos	Créditos requeridos	Cursos convalidados	Valor unidad de crédito convalidado	Nota	Fecha de aprobación	Procedencia curso (X)			Cursos por aprobar (X)
NIVEL ABE 5 Parte A (9)									
Comunicación en Español	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Comunicación en Inglés	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Razonamiento Científico	1					R	PEA	EXA	
Razonamiento Matemático	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Interacción Social	0.5					R	PEA	EXA	
NIVEL ABE 5 B (10)									
Comunicación en Español	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Comunicación en Inglés	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Razonamiento Científico	0.5					R	PEA	EXA	
Razonamiento Matemático	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Interacción Social	0.5					R	PEA	EXA	
NIVEL ABE 6 Parte A (11)									
Comunicación en Español	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Comunicación en Inglés	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Razonamiento Científico	1					R	PEA	EXA	
Razonamiento Matemático	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Interacción Social	0.5					R	PEA	EXA	
NIVEL ABE 6 Parte B (12)									
Comunicación en Español	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Comunicación en Inglés	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Razonamiento Científico	0.5					R	PEA	EXA	
Razonamiento Matemático	1					R	PEA	EXA	Prerrequisito
Interacción Social	0.5					R	PEA	EXA	
ELECTIVAS	1 crédito o ½ crédito se puede ofrecer en cualquier nivel								
						R	PEA	EXA	
						R	PEA	EXA	
						R	PEA	EXA	
						R	PEA	EXA	
						R	PEA	EXA	
Total de créditos aprobados:									

Comentarios:

_____

_____

Evaluación realizada por:

_____ _____ _____

Nombre Puesto Firma

Certifico que se me orientó sobre la convalidación de cursos realizada y sobre cuáles son los cursos que necesito para completar los requisitos de graduación de Educación Secundaria.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Apéndice 6

Región Educativa: _____ Municipio: _____

Centro / Unidad: _____ Nivel de Ingreso: ☐ ABE5 Parte A ☐ ABE5 Parte B

Por la presente certifico que: _____

Ha completado el estudio de las siguientes asignaturas con los resultados indicados.

TRANSCRIPCIÓN DE CRÉDITOS
(Ver descripción de cursos al dorso)

Número de Identificación: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Asignatura Nivel (Grado)	Convalidación	Centro	Examen de Asignatura	(1) Notas del Sem/Tri			Unidades	(2) Fecha Aprobación créditos	Asignatura Nivel (Grado)	Convalidación	Centro	Examen de Asignatura	(1) Notas del Sem/Tri			Unidades	(2) Fecha Aprobación créditos
Razonamiento Científico (Biología, Química, Física y Cs. Ambientales)									**Razonamiento Matemático (Álgebra, Geometría, Trigonometría)**								
ABE 5 Parte A (9)									ABE 5 Parte A (9)								
ABE 5 Parte B (10)									ABE 5 Parte B (10)								
ABE 6 Parte A (11)									ABE 6 Parte A (11)								
ABE 6 Parte B (12)									ABE 6 Parte B (12)								
Comunicación en Español: Comunicación oral y Lecto-escritura																	
ABE 5 Parte A (9)																	
ABE 5 Parte B (10)																	
ABE 6 Parte A (11)																	
ABE 6 Parte B (12)																	
English Communication: Listening, speaking, reading and writing									**Electivas**								
ABE 5 Parte A (9)																	
ABE 5 Parte B (10)																	
ABE 6 Parte A (11)																	
ABE 6 Parte B (12)																	
Interacción Social (Historia, Civismo, Ética y Estudios Sociales)																	
ABE 5 Parte A																	
ABE 5 Parte B																	
ABE 6 Parte A																	
ABE 6 Parte B																	

ABE – *Adult Basic Education*

Promedio: _____ **Número Total de Unidades:** _____

Estudiante Adulto cuyo nombre aparece arriba,
☐ **Completó** ☐ **No completó**
Los requisitos establecidos en la Política Pública vigente.

Fecha de Graduación (dd/mm/año): _____

Lugar de Graduación: _____

Expedido el _____ en _____ Puerto Rico.
(dd/mm/año)

Sello Oficial del Centro / Unidad

_____
Proveedor de Servicio del Centro/ Director Unidad o Consejero

English Communication: Listening, speaking, reading and writing	
ABE 5 Parte A (9)	Conversation and dialogues; reading and writing with understanding: Narrative texts; resumes and employment seeking documents; evaluating online search engines.
ABE 5 Parte B (10)	Listening for feedback; oral presentations and speeches; determining important, irrelevant or missing information; simple short story writing; using computer programs to create simple documents, i. e. calendars.
ABE 6 Parte A (11)	Identifying and evaluating viewpoints in mass media marketing; writing short position papers and reflective essays using simple and complex sentence structure; identifying and using online databases.
ABE 6 Parte B (12)	Identifying underlying themes and implied meanings; formulating questions for decision making; specialized vocabulary and content knowledge for common situations, i. e. medical benefits; writing essays for self-evaluation of learning; identifying and using online learning opportunities.

Comunicación en Español: Comunicación oral y Lecto-escritura	
ABE 5 Parte A (9)	Pre-redacción (el borrador); ensayo (definición, estructura, características básicas); tecnología comunicacional para buscar información e investigar; interpretación y análisis de mensajes publicitarios; planificación de informa oral.
ABE 5 Parte B (10)	Principales tipos de analogías y desarrollo del razonamiento verbal; redacción: planificación con organizadores gráficos y escritura dirigida; contextualización de ideas de un texto literario: conocimiento previo, realidad sociocultural del lector; distinción y significado del tema e ideas principales del mensaje del texto.
ABE 6 Parte A (11)	Palabras de ortografía dudosa; dicción clara, entonación adecuada y corrección gramatical en el hablante; rasgos del discurso estético (símil, metáfora, personificación), del discurso informativo (dato, objetividad, claridad); estructura textual y propósito del autor.
ABE 6 Parte B (12)	Rasgos connotativos (sarcasmo/ironía/duda/tristeza); estrategias de lectura: comprensión/profundización léxica /decodificación; ampliación/uso de vocabulario nuevo (fuentes de información/diccionarios/claves contextuales/conocimiento etimológico previo.

Razonamiento Científico (Ciencias integradas: Biología, Química, Física y Cs. Ambientales)	
ABE 5 Parte A (9)	Aprecio por el Planeta y compromiso con cuidarlo y protegerlo: la contaminación del aire, el efecto de invernadero y el calentamiento global; los sistemas del planeta Tierra, fuentes de energía y conservación de los recursos naturales.
ABE 5 Parte B (10)	Biología: Importancia de los seres vivos: los niveles de organización de los sistemas biológicos, las estructuras del cuerpo humano y sus funciones, las interacciones de los seres vivos, y, conceptos de la física, como: energía, electricidad y magnetismo.
ABE 6 Parte A (11)	Biología y Química: El modelo particulado de la materia: propiedades físicas y químicas, cambios físicos y cambios químicos, soluciones, suspensiones y coloides, solubilidad y elementos más comunes de la tabla periódica.
ABE 6 Parte B (12)	Química y Física: Uso constructivo de la tecnología; desarrollo científico, económico y tecnológico en la sociedad contemporánea, instrumentos de laboratorio, sistema internacional de medidas, conversiones de temperaturas, y movimiento, entre otros.

Interacción Social (Historia, Civismo, Ética y Estudios Sociales)	
ABE 5 Parte A (9)	Países antillano-americanos y su diversidad cultural; historia E.E.U.U.; Historia de P.R. y el impacto de la primera en P.R. (la constitución/abolición de la esclavitud/derechos civiles/el Nuevo Trato/la guerra mundial); la emigración de PR a E.U; cultura e identidad; derechos humanos; iniciativas comunitarias y tecnología.
ABE 5 Parte B (10)	Historia de PR y el contexto antillano-americano; identidad PR y diversidad cultural; PR y EU: adelantos y políticas públicas; democracia participativa; autogestión; justicia social y dignidad humana.
ABE 6 Parte A (11)	Comparación de cuadros poblacionales y patrones migratorios en América Latina, el Caribe y los EEUU; la identidad lingüística y sus raíces culturales; violaciones a derechos humanos y propuestas para su defensa desde la intervención comunitaria.
ABE 6 Parte B (12)	Energía renovable/no renovable; prácticas de conservación del ambiente utilizadas en los países antillano-americanos; cultura de paz y conflictos sociales en PR y su entorno; lenguaje, recreación, hábitos alimenticios, composición y relaciones familiares.

Razonamiento Matemático (Matemáticas integradas: Álgebra, Geometría, Trigonometría, Cálculo)	
ABE 5 Parte A (9)	Números enteros/fracciones /decimales; razones/proporciones/probabilidad; organización/interpretación datos numéricos (tablas, gráficas); encuestas/cuestionarios/experimentos simples para recoger información de la vida diaria (precios/descuentos/interés compuesto y simple/gestiones bancarias/cálculos de tiempo y medidas; información cuantitativa con programas y programados tecnológicos
ABE 5 Parte B (10)	Aplicación de medidas de tendencia central; probabilidad; modelos geométricos; ecuaciones lineales y relación entre variables, en la solución de problemas cotidianos (calcular estatura, peso, edad; evaluación bases de datos en línea.
ABE 6 Parte A (11)	Problemas verbales/escritos con números enteros/fracciones/decimales; interpretación/elaboración de ecuaciones/diagramas/ tablas/gráficas; fórmulas/cálculos para perímetro/área/volumen; organización/integración información matemática para describir patrones.
ABE 6 Parte B (12)	Problemas verbales/escritos con fracciones, decimales y porciento; relaciones entre volumen, masa y capacidad; estimados; dibujos y diagramas; solución de problemas matemáticos cotidianos (nómina/paga bruta/paga neta/deducciones, entre otras)

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 7

Solicitud de Diploma de Escuela Superior del Programa de Educación para Adultos

Región Educativa: _____ **Municipio:** _____ **Teléfono:** _____

Proveedor o Consejero: _____ **Total Diplomas solicitados:** _____ **Año Escolar:** _____

Centro PEA: _____ **Total TC que acompañan:** _____ **Total de páginas:** _____

Esta solicitud deberá venir acompañada con la transcripción de créditos oficial de cada participante.

#	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre Completo	Seguro Social o número de ID (especifique)	Número de Serie del Diploma (Exclusivo Nivel Central)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

_____
Firma Proveedor o Consejero

_____
Fecha

Sello Oficial

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

APÉNDICE 8

FORMULARIO PARA EL COTEJO OFICIAL PREVIO A LA IMPRESIÓN DE DIPLOMAS

Centro:	**Municipio:**	**Región:**	**Unidad:**
Número Control: (Marque el ciclo de estudios) ☐ **Ciclo 1** ☐ **Ciclo 2**	**Fecha Graduación:**	**Número de Diplomas Solicitados:**	**Fecha solicitud:**

#	Nombre Graduando	Aspectos a cotejar																							
		Formato Actual		Documento original		Nivel de Ingreso		Nombre		SS Completo		Créditos por área		Total de Créditos		Promedio		Fecha (d/m/a)		Lugar (Municipio)		Sello Oficial		Firma del Director	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1.																									
2.																									
3.																									
4.																									
5.																									

Certificamos haber revisado la solicitud de diplomas y cada transcripción de créditos. Se certifica que todos los participantes cumplieron con los requisitos estipulados para graduarse del Programa de Educación para Adultos y obtener el Diploma de Escuela Superior con el fin de garantizar que los mismos estén libre de errores.

Puesto	Nombre en letra molde	Firma
Director del Centro		
Consejero del Centro		
Director Ejecutivo del PEA		
Director Ejecutivo de UEDC		
Director Auxiliar de UEDC		

Apéndice 9

ACUERDO DE ACCESO Y USO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS

En cumplimiento con la misión del Departamento de Educación de ofrecer a todos los ciudadanos acceso a una educación de excelencia que propicie el pleno desarrollo de su personalidad, así como el fortalecimiento de los derechos y libertades del ser humano, se han escogido las instalaciones descritas a continuación como Centro de Educación para el Programa de Educación para Adultos.

Escuela_____ Código_____

Región_____ Distrito_____

Dirección física _____

Año escolar de la propuesta _____ Matrícula estimada _____

Nombre del director de la escuela _____

Nombre del proponente del PEA _____

Descripción de instalaciones disponibles

Días _____ Horario _____

Salones necesarios _____ Oficina _____ Baños _____

Biblioteca _____ Área de almacén _____ Otro _____

El director de la escuela es responsable de la disponibilidad de las instalaciones para poder llevar a cabo los servicios del Programa. El director del centro será custodio y responsable del buen uso de la propiedad utilizada por los estudiantes adultos del Programa de Educación para Adultos durante la prestación de los servicios.

_____ _____
Director de la escuela Proponente del PEA

_____
Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 10

CERTIFICACIÓN DEL PROCESO DE TRANSICIÓN

Nombre del centro: _____

Año escolar: _____ Región Educativa: _____Municipio: _____

De: _____ _____
Nombre de la persona que realiza la transición — Puesto

A: _____ _____
Nombre de la persona que recibe la propiedad — Puesto

Descripción de la propiedad/equipo que se entrega:

☐ 1. Llaves del centro, incluidas las de los archivos que tienen los expedientes de los participantes, laboratorio móvil de computadoras y científico, entre otros, con un informe detallado de su condición. (No aplica a las instituciones sin fines de lucro).

☐ 2. Expedientes de los participantes que completaron los requisitos de graduación (Solo aplica a las instituciones sin fines de lucro).

☐ 3. Inventario de equipo y propiedad.

☐ 4. Otros documentos/equipo:

_____
_____
_____
_____

Certifico que he entregado la propiedad en referencia.

_____
Firma

_____
Fecha

Certifico que he recibido la propiedad en referencia.

_____
Firma

_____
Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de edad, raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 1

Formulario de Certificación de Identidad
Forma A - UEDC

Para proteger la identidad de los solicitantes se completará este formulario para certificar el nombre completo, la fecha y el lugar de nacimiento y Seguro Social de los documentos originales.

Nombre, fecha y lugar de nacimiento del participante según aparece en el certificado de nacimiento original:				
Apellido Paterno:				Apellido Materno:
Nombre:				Segundo nombre:
Fecha de Nacimiento	Día:	Mes:	Año:	Lugar de Nacimiento (municipio, país):
Número de Seguro Social del participante según aparece en la tarjeta original:				
Seguro Social Completo o VISA/Pasaporte:				Nombre como aparece en la Tarjeta de Seguro Social, VISA o Pasaporte:
Fecha y Lugar de Certificación				
Fecha	Día:	Mes:	Año:	Región Educativa:
UEDC:				Nombre y firma del funcionario que prepara la certificación:
Nombre del director que valida la certificación:				Firma del director que valida la certificación:
Certifico que he leído y revisado mi información personal transcrita a este documento y que está libre de errores y con los acentos correspondientes. Firma del Participante:				

Certifico que la información aquí ofrecida es fiel y exacta de acuerdo a los documentos originales presentados por el solicitante.

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 2

Formulario de Certificación de Identidad
Forma B – Agencia o Institución

Para proteger la identidad de los solicitantes se completará este formulario para certificar el nombre completo, la fecha, el lugar de nacimiento y Seguro Social de los participantes. Esta forma aplica en circunstancias especiales donde la información provista no ha sido validada de los documentos originales; con el objetivo de garantizar el derecho a la educación a cada persona.

Nombre, fecha y lugar de nacimiento del participante según aparece en el certificado de nacimiento original:				
Apellido Paterno:				Apellido Materno:
Nombre:				Segundo nombre:
Fecha de Nacimiento	Día:	Mes:	Año:	Lugar de Nacimiento (municipio y país):

Número de Seguro Social del participante según aparece en la tarjeta original:		
Seguro Social Completo o VISA Pasaporte:		Nombre como aparece en la Tarjeta de Seguro Social, VISA o Pasaporte:

Información de la Agencia y/o Institución	
La información aquí ofrecida es fiel y exacta y relevo de toda responsabilidad al Director o personal de la Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones. Cualquier información sometida que sea falsa, anulará todo servicio que se le haya ofrecido al solicitante.	
Nombre de la Agencia o Institución:	Fuente de donde se valida la información:
Nombre del funcionario de la agencia o institución que certifica la información provista:	Sello de la Agencia o Institución
Puesto que ocupa:	
Firma del funcionario:	
Fecha:	

Uso Interno de la Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones	
Fecha Recibido:	Región Educativa/ UEDC
Nombre del Director de la UEDC	Firma del Director del UEDC
Certifico que he leído y revisado mi información personal transcrita a este documento y que está libre de errores y con los acentos correspondientes. Firma del Participante:	

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 3

Solicitud de Examen

Solicitante

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre:	Segundo Nombre:
Seguro Social Completo o VISA/Pasaporte:		Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____ (día / mes / año)	Género: ☐M ☐F — Edad:
Dirección Postal:	Ciudad:	País:	Código Postal:
Correo electrónico:	Teléfono #1:	Teléfono #2:	
País de Origen:	Nombre del Centro o Institución de Procedencia:	Municipio del Centro o Institución:	

Razón para solicitar examen:
- ☐ Rezago académico
- ☐ Curso no disponible
- ☐ Conflictos en programa de clases
- ☐ Mejorar nota
- ☐ Continuar estudios
- ☐ Solicitar trabajo
- ☐ Ascenso o mejor salario en trabajo
- ☐ Ingresar a las Fuerzas Armadas
- ☐ Ingresar a Agencia Gubernamental
- ☐ Otro: _____

¿Ha tomado este examen anteriormente? ☐ Si ☐ No

Si contestó Si, indique fecha en que lo tomó: _____ / _____ / _____ (día / mes / año)

Lugar:_____

Nivel de funcionamiento aprobado:
- ☐ ABE 4
- ☐ ABE5 - A
- ☐ ABE5 - B
- ☐ ABE6 - A
- ☐ ABE6 - B

Indique (si aplica) el último lugar donde estudió (nombre y municipio)

_____

_____

_____

¿Posee evidencia académica que valide el último grado aprobado? ☐ Si ☐ No

Último grado aprobado: _____

Procedencia:
- ☐ Estudiante Inactivo (Walk In)
- ☐ PEA
- ☐ DE Programa Regular
- ☐ DE Programa Vocacional u Ocupacional
- ☐ Prog. Educ. Especial a tiempo completo
- ☐ Orden Judicial
- ☐ Homeschooling
- ☐ Administración de Corrección
- ☐ Negociado Instituciones Juveniles
- ☐ Otro (especifique): _____

Método de estudio:

En caso de no poseer evidencia académica indique las razones en este espacio:

Raza:
- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o africano
- ☐ Hispano o latino
- ☐ Nativo de Hawaii o islas del Pacífico
- ☐ Blanco

Meta Educativa:
- ☐ Certificado o grado técnico
- ☐ Grado asociado
- ☐ Bachillerato
- ☐ Maestría
- ☐ Doctorado
- ☐ No he decidido o no tengo establecida ninguna meta

Zona Residencial:
- ☐ Zona Urbana (pueblo o ciudad)
- ☐ Zona Rural (campos)

Trabaja actualmente: ☐ Si ☐ No

Requiere acomodo razonable:
- ☐ Si (Completar formulario)
- ☐ No

Marcar que tipo de examen es el que usted solicita

☐ Examen de Ubicación: Nivel 4to. – 6to	☐ Examen de Equivalencia de Escuela Superior - Ley 217 (mayor 18 años)
☐ Examen de Ubicación: Nivel 7mo. – 9no	☐ Examen de Equivalencia de Escuela Superior - Ley 217 (menor 18 años)

☐ Examen de Asignatura PEA ☐ Examen de Asignatura Escuela Superior ☐ Examen para Subir Promedio

La información que antecede es fiel y exacta. Convengo que si cualquier dato es falso, se invalidará el derecho de tomar el examen o se anularán los resultados. Convengo, además que de fracasar en alguna parte no podré tomarla hasta que sea citado nuevamente.

Firma del Solicitante:	**Fecha:**

Para uso interno de la Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones

El solicitante cualifica para tomar examen: ☐ Si ☐ No Indique cuál o cuáles exámenes se le administrará.	Fecha citación examen:
Nombre Director:	Firma del Director:

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones (UEDC)

Hoja de Cotejo de Requisitos Generales para solicitar exámenes

Exámenes de Ubicación, Asignatura y Equivalencia de Escuela Superior

- ☐ **Ubicación:** Haber cumplido 16 años. No estar matriculado en un programa conducente a grado.
- ☐ **Asignatura de Escuela Superior:** Mayor de 16 años o excepción por estar matriculado en escuela superior.
- ☐ **Asignatura del PEA:** Mayor de 16 años. Estar matriculado en el Programa de Educación para Adultos.

- ☐ **Equivalencia de Escuela Superior:** No estar matriculado en un programa conducente a grado. Haber cumplido 18 años, ciertas excepciones aplican según lo dispone la Ley-217 para los menores de 16 a 17 años cuando se encuentren en las siguientes circunstancias:
  - Cuando el solicitante se encuentre bajo la custodia de cualquier institución juvenil, correccional o de rehabilitación.
  - Cuando el solicitante sea partícipe de los programas gubernamentales que tengan proyectos de servicios educativos, auspiciados por el DE o la Guardia Nacional de Puerto Rico.
  - Cuando el solicitante tenga por lo menos aprobado el octavo grado.

- ☐ **Formulario de Certificación de Identidad**
- ☐ **Presentar certificado de nacimiento original**
- ☐ **Presentar tarjeta de seguro social original u otra evidencia con fines de validar su identidad.** Nota aclaratoria: la UEDC no podrá rechazar a ningún participante extranjero por no poseer un número de seguro social o por que no pueda demostrar la legalidad de su presencia en Puerto Rico.
- ☐ **Solicitud para tomar el examen debidamente completada y firmada.**
- ☐ **Identificación con foto, en original y copia.** Puede ser licencia de conducir, pasaporte o tarjeta electoral. De no poseer identificación con foto, debe entregar dos fotografías 2 x 2, identificadas con su nombre y apellidos en la parte posterior.

- ☐ **Evidencia Académica:**
  - ☐ No aplica a participantes que no tienen escolaridad previa.
  - ☐ Participantes con escolaridad previa
    - ☐ Transcripción de Créditos Oficial de la escuela de procedencia.
    - ☐ Certificación de Grado Oficial de la escuela de procedencia.
  - ☐ Participantes con transcripción de créditos del extranjero o de EEUU debe ser evaluadas por la Unidad de Estudios de Equivalencia del DE.
    - ☐ Certificación original de la Unidad de Estudios de Equivalencia del DE.
- ☐ **Certificaciones:**
  - ☐ Solicitante menor de 21 años de edad, se le requiere presentar certificación de que no es estudiante activo o que esté matriculado en un programa conducente a grado, para poder tomar los exámenes de Ubicación para Adultos o el Examen de Equivalencia de Escuela Superior (EEES). No aplica a solicitante adulto que nunca ha asistido a una escuela pública o privada.
- ☐ **Referidos:**
  - ☐ Asignatura de Escuela Superior: Estudiantes activos entregarán el documento "Recomendación del Director Escolar" (Apéndice 6).
  - ☐ Asignatura de PEA: Estudiantes adultos activos entregaran el documento "Solicitud de Examen de Asignatura del Programa de Educación para Adultos" (Apéndice 8).
  - ☐ Referido de la Unidad de Estudios de Equivalencia en original para los casos de Exámenes de Ubicación, Asignatura y Equivalencia de Escuela Superior que así lo ameriten.

- ☐ **Formulario de acomodo razonable, si aplica.**

Exámenes de Asignatura por materia que ofrece la UEDC

▪ Español 9 ▪ Español 10 ▪ Español 11 ▪ Español 12	▪ Inglés 9 ▪ Inglés 10 ▪ Inglés 11 ▪ Inglés 12	▪ Historia General ▪ Historia de P.R. ▪ Historia de E.U. ▪ Historia de América Latina ▪ Sociología	▪ Ciencia General ▪ Biología ▪ Química	▪ Matemática General ▪ Álgebra Elemental ▪ Álgebra Intermedia ▪ Geometría

Formulario de Acomodo Razonable

Solicitante

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre:	Segundo nombre:

Edad:	Últimos 4 dígitos SS: XXX-XX-	Núm. de registro EE:

Núm. Identificación:
☐ Número de SIE: _____ ☐ Número de SIA: _____

Procedencia

Escuela:

Región:	Distrito:
Código de la escuela	Número de teléfono de la escuela:

Programa regular:	Programa a tiempo completo (TC):	Inactivo:	Otros (especifique):

Revisión de Evidencia

Descripción de evidencia:

☐ Certificación Escolar EE ☐ Evaluación especialista ☐ Carnet de Impedido
☐ Copia de PEI ☐ Certificación Médica ☐ Otro (especifique)_____

Nombre del Profesional:	Fecha de la Certificación:
Tipo de Licencia:	Número de Licencia:

Observaciones (explique):

Tipo de Acomodo que solicita

☐ Tiempo adicional _____ (especifique ej. 1.5) ☐ Ambiente (ej. mayor acceso físico)
☐ Lector humano ☐ Grupo menor de 15
☐ Letra agrandada ☐ Formas de responder
☐ Receso (especifique frecuencia) _____ ☐ Otros (especifique):

Certifico que he sido orientado de las opciones que tengo para recibir los acomodos razonables solicitados, según la disponibilidad de recursos de la UEDC. Autorizo a liberar mi expediente médico o tener acceso al PEI para verificar el acomodo razonable requerido. Entiendo y comprendo que existe la posibilidad de necesitar una segunda cita para concluir el examen. Reconozco que en caso de necesitar equipo asistivo o algún recurso humano no será con el fin de contestar o influenciar las contestaciones que yo provea en el examen.

_____ Firma del participante

_____ Firma del padre o encargado (si aplica)

_____ Firma del director

_____ Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 5

Citación de Examen

Solicitante				
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre:	Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento	Día:	Mes:	Año:	Edad:
Género: ☐ Femenino ☐ Masculino			Último grado aprobado:	
Dirección:			Teléfono:	

Examen		
Acomodo Razonable: ☐ Sí ☐ No	Indique cuál:	
☐Ubicación	☐Asignatura	☐Equivalencia de Escuela Superior
☐ Nivel 4to. – 6to. ☐ Nivel 7mo. – 9no.	☐ Español: _____ ☐ Inglés: _____ ☐ Matemática: _____ ☐ Ciencia: _____ ☐ Sociales: _____	☐ Mayor de 18 años ☐ Excepción por disposición de Ley-217

Cita		
Fecha:	Hora:	Lugar:
De no poder asistir, favor de cancelar con anterioridad y solicitar una nueva fecha para examen.		

INSTRUCCIONES A SEGUIR EL DÍA DEL EXAMEN (favor de leer e iniciar si está de acuerdo).

_____ Favor de presentar esta citación al momento del examen acompañada de una identificación con foto.

_____ Llegar con 15 minutos de anterioridad a la hora de la cita; si no está en el lugar de examinación a la hora indicada **perderá la oportunidad** de tomar el examen. El participante tendrá que solicitar nuevamente el servicio y esperar la próxima fecha de examinación.

_____ Traer dos lápices número 2 con punta y goma para borrar.

_____ En el área de examen no se permite: niños o acompañantes, el uso de pantalones cortos, faldas cortas, camisas sin manga, escotes pronunciados, ropa transparente, gafas de sol, gorras y cualquier otro tipo de vestimenta inapropiada.

_____ Los documentos que usted entrega en esta oficina son parte de su expediente, por lo tanto no se devolverán.

_____ **EL USO DE CELULARES, ARTEFACTOS ELECTRÓNICOS Y RELOJES INTELIGENTES QUEDA COMPLETAMENTE PROHIBIDO DURANTE LA EXAMINACIÓN. LOS MISMOS SERÁN CUSTODIADOS POR EL PERSONAL DE LA UEDC HASTA CONCLUIR EL EXAMEN.**

_____	_____	_____
Firma del participante	Firma Director de la UEDC	Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 6

Recomendación del Director Escolar

El director escolar completará la siguiente información para que el solicitante o el consejero escolar la entregue en la UEDC. Transcripción de créditos oficial y demás documentación es requerida para la solicitud.

Información a completar

Luego de evaluar el expediente académico y hacer el estudio de necesidades correspondiente.

Recomiendo a _____ con el seguro social _____-____-_____

y número de SIE _____ estudiante activo en la escuela _____,

del municipio _____ con el código _____ para tomar examen de

asignatura en la UEDC de _____. La razón para esta recomendación es

_____

_____.

Exámenes de Asignatura a administrar				
☐ Español 9 ☐ Español 10 ☐ Español 11 ☐ Español 12	☐ Inglés 9 ☐ Inglés 10 ☐ Inglés 11 ☐ Inglés 12	☐ Historia General ☐ Historia de P.R. ☐ Historia de E.U. ☐ Historia de América Latina ☐ Sociología	☐ Ciencia General ☐ Biología ☐ Química	☐ Matemática General ☐ Álgebra Elemental ☐ Álgebra Intermedia ☐ Geometría

Será nuestra responsabilidad incluir los resultados en el expediente académico del estudiante y en el sistema de información estudiantil (SIE) y tramitar el diploma de Escuela Superior cuando corresponda siguiendo el mismo proceso que se utiliza en la escuela para el resto del estudiantado.

Cordialmente,

_____ _____
Nombre del Director de la escuela Fecha

_____
Firma del Director de la escuela

Sello de la Escuela

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 7

Certificación de Promedio Académico

Certifico que _____, con el número de seguro social XXX-XX-_____,
We certify that *Social Security number*

ha sido partícipe del servicio que ofrece La Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones
has participated of the service that the Examinations, Diplomas and Certifications Unit offers

para mejorar el promedio general (Grade Point Average: GPA). Este servicio está disponible para
to improve their GPA. *This service is available for*

las personas que han completado estudios de nivel superior y que por razones académicas o de
persons who have completed their high school courses but for academic reasons or for

empleabilidad necesitan subir el GPA. Este privilegio se concede una sola vez. Disponiéndose
employment eligibility need to improve it. *This privilege is only granted once.* *Provided*

que para estos casos no se emite una nueva transcripción de créditos ni diploma. Por tanto, se
that for these cases a new transcript or diploma is not issued. *Therefore, this*

emite esta certificación especial con el nuevo promedio y se acompaña del informe de notas de
special certification is issued with the new GPA and it's accompanied by the grades report of

los exámenes administrados que han sido considerados.
the administered test that have been considered.

El servicio fue ofrecido en la UEDC de_____ en el mes de _____, año, _____.
This service was offer at *on* *month* *year*

Luego del análisis y cálculo correspondiente se determina que el participante tiene un nuevo
After the corresponding analysis and calculation it is determined that the participant has a

GPA: _____.
GPA

Dada en _____, Puerto Rico,
Given in

Sello

hoy día _____ de _____ de _____.
day *month* *year*

_____ _____
Director– *Director* Fecha
Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones *Date*
Examinations, Diplomas and Certifications Unit

Cualquier alteración o tachadura invalidará este documento
Any alterations will invalidate this document.

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Apéndice 8

Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones
Solicitud de Examen de Asignatura del Programa de Educación para Adultos

El Proveedor de Servicios completará la siguiente información para que el estudiante adulto o el consejero escolar entregue la solicitud en la UEDC correspondiente a su región educativa. Se requiere transcripción de créditos original con la solicitud.

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: ☐M ☐F
Seguro social completo o VISA/pasaporte:		Fecha nacimiento:	Día / Mes / Año	
Dirección Postal:		Ciudad:	País:	Código postal:
Correo electrónico:		Teléfono #1:	Teléfono #2:	
País de origen:	Nombre del centro o institución de procedencia:		Municipio del centro o institución:	
Razón para solicitar examen: ☐ Rezago académico ☐ Curso no disponible ☐ Conflictos en programa de clases ☐ Mejorar nota	¿Ha tomado este examen anteriormente? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, indique fecha en que lo tomó: _____ / _____ / _____ día mes año	Requiere acomodo razonable: ☐ Sí (complete formulario) ☐ No	Trabaja actualmente: ☐ Sí ☐ No	
Raza: ☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o africano ☐ Hispano o latino ☐ Nativo de Hawái o Islas del Pacífico ☐ Blanco	Meta educativa: ☐ Certificado o grado técnico ☐ Grado asociado ☐ Bachillerato ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ No he decidido o no tengo establecida ninguna meta	Zona residencial: ☐ Zona urbana ☐ Zona rural	Nivel de funcionamiento actual: ☐ ABE 4 ☐ ABE5 - A ☐ ABE5 - B ☐ ABE6 - A ☐ ABE6 - B	

Luego de evaluar el expediente académico y realizar el estudio de necesidades académicas correspondiente, recomiendo al estudiante adulto arriba mencionado, activo en el centro _____ del municipio _____ para tomar el examen de asignatura del PEA _____ del nivel de funcionamiento _____. La razón para esta recomendación es _____. Será nuestra responsabilidad incluir los resultados del mismo en el expediente académico oficial del estudiante adulto y el Sistema de Información de Adultos (SIA), además de tramitar la solicitud de diploma de Escuela Superior (cuando corresponda).

_____ Nombre del proveedor de servicios

_____ Fecha

_____ Firma

Sello del centro

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 8-A

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTOS

Año Escolar: 20___ - 20___

SOLICITUD DE EXÁMENES DE ASIGNATURA POR FALTA DE MAESTROS

_____ Nombre del Centro

_____ Región

☐ Primer Ciclo

☐ Segundo Ciclo

Nombre del Participante		Exámenes Asignaturas del PEA por Nivel de Funcionamiento																							
		Comunicación en Español				Comunicación en Inglés				Razonamiento Matemático				Razonamiento Científico				Interacción Social				Electivas		TOTAL
		ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	ABE5-A	ABE5-B	ABE6-A	ABE6-B	Sociología	América Latina	
TOTAL		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
1																								**0**
2																								**0**
3																								**0**
4																								**0**
5																								**0**
6																								**0**
7																								**0**
8																								**0**
9																								**0**
10																								**0**

_____ Firma del Director o Consejero

_____ Fecha

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 8-B

Solicitud de Examen de Asignatura de Escuela Superior o del Programa de Educación para Adultos (PEA) por Situación Excepcional

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre:	Segundo Nombre:	Género: ☐M ☐F
Seguro Social Completo o VISA/Pasaporte:		Fecha Nacimiento:	Día / Mes / Año	
Dirección Postal:		Ciudad:	País:	Código Postal:
Correo electrónico:		Teléfono #1:	Teléfono #2:	
País de Origen:	Nombre del Centro o Institución de Procedencia:		Municipio del Centro o Institución:	

Razón para solicitar examen: ☐ Rezago académico ☐ Curso no disponible ☐ Conflictos en programa de clases ☐ Mejorar nota	¿Ha tomado este examen anteriormente? ☐ Si ☐ No Si contestó Si, indique fecha en que lo tomó: _____ / _____ / _____ día mes año	Requiere acomodo razonable: ☐ Si (Completar formulario) ☒ No	☐ Se solicita el examen de Asignatura de Escuela Superior. * Nota: Para completar la solicitud debe ir adjunto con el Apéndice 6: "Recomendación del Director Escolar"	☐ Se solicita el examen de Asignatura del PEA Nivel de funcionamiento aprobado: ☐ ABE 4 ☐ ABE5 - A ☐ ABE5 - B ☐ ABE6 - A ☐ ABE6 - B

Fecha de la Solicitud: _____

Examen que se solicita: _____

Explique brevemente la situación excepcional para la solicitud de este examen:

Sello Oficial

_____

_____

_____

_____

Certifico correcto: _____ _____

Nombre del Director o Consejero en letra molde — Firma del Director o Consejero

DETERMINACIÓN DEL CASO

Después de evaluar la situación expuesta, se determina ☐Si / ☐No autorizar la administración de este examen.

_____ Nombre del Director Ejecutivo de la UEDC	_____ Nombre del Director Ejecutivo del PEA
_____ Firma del Director Ejecutivo de la UEDC	_____ Firma del Director Ejecutivo del PEA
_____ Fecha	_____ Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 9

Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones

Solicitud de Diplomas Ley 217 - Examen de Equivalencia de Escuela Superior (EEES)

Región Educativa: _____ **Distrito:** _____ **Unidad:** _____

Director UEDC: _____ **Teléfono:** _____ **Año Escolar:** _____

Centro / Institución: _____ **Total Diplomas:** _____ **Total de páginas:** _____

#	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre Completo	Seguro Social o número de ID (especifique)	Fecha Aprobación del Examen			Número de Serie del Diploma (Exclusivo Nivel Central)
						Día	Mes	Año	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Certifico que los participantes completaron los requisitos para la otorgación del diploma de escuela superior mediante el EEES. Afirmo que la información es correcta y puede ser verificada en el expediente del participante custodiado por esta Unidad.

_____ _____

Firma Proveedor o Consejero Fecha

Sello Oficial

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 10

Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones
Solicitud de Diploma de Escuela Superior del Programa de Educación para Adultos

Región Educativa: _____ **Municipio:** _____ **Teléfono:** _____

Proveedor o Consejero: _____ **Total Diplomas solicitados:** _____ **Año Escolar:** _____

Centro PEA: _____ **Total TC que acompañan:** _____ **Total de páginas:** _____

Esta solicitud deberá venir acompañada con la transcripción de créditos oficial de cada estudiante adulto.

#	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre Completo	Seguro Social o número de ID (especifique)	Número de Serie del Diploma (Exclusivo Nivel Central)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

_____
Firma Proveedor o Consejero

_____
Fecha

Sello Oficial

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

APÉNDICE 11

FORMULARIO PARA EL COTEJO OFICIAL PREVIO A LA IMPRESIÓN DE DIPLOMAS

Centro:	**Municipio:**	**Región:**	**Unidad:**
Número Control: (Marque el ciclo de estudios) ☐ **Ciclo 1** ☐ **Ciclo 2**	**Fecha Graduación:**	**Número de Diplomas Solicitados:**	**Fecha solicitud:**

#	Nombre Graduando	Aspectos a cotejar																							
		Formato Actual		Documento original		Nivel de Ingreso		Nombre		SS Completo		Créditos por área		Total de Créditos		Promedio		Fecha (d/m/a)		Lugar (Municipio)		Sello Oficial		Firma del Director	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1.																									
2.																									
3.																									
4.																									
5.																									

Certificamos haber revisado la solicitud de diplomas y cada transcripción de créditos. Se certifica que todos los estudiantes adultos cumplieron con los requisitos estipulados para graduarse del Programa de Educación para Adultos y obtener el Diploma de Escuela Superior con el fin de garantizar que los mismos estén libre de errores.

Puesto	Nombre en letra molde	Firma
Director del Centro		
Consejero del Centro		
Director Ejecutivo del PEA		
Director Ejecutivo de UEDC		
Director Auxiliar de UEDC		

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 12

Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones
Solicitud de Diplomas de Escuela Superior UEDC - PEA

Región Educativa: _____ **Distrito:** _____ **Unidad:** _____

Director UEDC: _____ **Teléfono:** _____ **Año Escolar:** _____

Centro / Institución: _____ **Total Diplomas:** _____ **Total de páginas:** _____

#	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Segundo Nombre Completo	Seguro Social o número de ID (especifique)	Fecha de Graduación			Número de Serie del Diploma (Exclusivo Nivel Central)
						Día	Mes	Año	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Certifico que los participantes completaron los requisitos para la otorgación del diploma de escuela superior del Programa de Educación para Adultos según la carta circular vigente. Afirmo que la información es correcta y puede ser verificada en el expediente del participante custodiado por esta Unidad.

_____ _____ Sello Oficial

Firma Proveedor o Consejero Fecha

Solicitud de Diploma de Escuela Superior al Veterano

Datos Solicitante				
Apellido Paterno:				Apellido Materno:
Nombre:				Segundo nombre completo:
Fecha de Nacimiento	Día:	Mes:	Año:	Número de Teléfono
Seguro Social completo:	_____ - _____ - _____			Correo Electrónico:
Género:	Dirección Postal:			
Ciudad:		País:		Código Postal:
Escuela donde estudió:		Año:		Último Grado Cursado:

RAZÓN PARA SOLICITAR DIPLOMA BAJO LA LEY NÚM. 203, ARTÍCULO 4, SECCIÓN B, INCISO H

Veterano de	☐ 1ra Guerra Mundial	☐ Corea
	☐ 2da Guerra Mundial	☐ Vietnam

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES FIEL Y EXACTA

_____ Firma del Solicitante

_____ Fecha

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

_____ Solicitud para el Diploma
_____ Hoja de licenciamiento – Forma DD214
_____ Evidencia que demuestre que estuvo cursando un grado de escuela secundaria, transcripción de créditos o una declaración jurada para esos efectos.

Certifico Correcto:

_____ Firma Director UEDC

_____ Fecha

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Apéndice 14

Formulario de Cotejo para la Otorgación de Diploma de Escuela Superior al Veterano

Información del Veterano						
Apellidos:	Nombre:	Fecha	SSN[1]:			

El veterano ha presentado y completado los siguientes documentos para recibir el Diploma de Escuela Superior, por parte de la Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones:

☐ 1. Solicitud para el Diploma[2]

☐ 2. Hoja de licenciamiento o Forma 214[3] (certificación)

☐ 3. Evidencia que demuestre que estuvo cursando un grado de escuela secundaria, transcripción de créditos o una declaración jurada para esos efectos[4]

Certifico que el expediente del veterano descrito anteriormente posee todos los requisitos establecidos en el Artículo 5, de la Ley Núm. 203 del 14 de diciembre de 2007, conocida como la Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI.

Certifico que la información es correcta y puede ser verificada:

_____
Nombre del Director de la UEDC Nivel Central

_____
Firma del Director de la UEDC Nivel Central

_____
Fecha

[1] El número de Selective Service Number, puede encontrarse en la Forma 214, apartado Selective Service Data.
[2] Solicitud para el Diploma de Escuela Superior al Veterano, Carta Circular de la UEDC, Anejo XI
[3] La Ley 203 del 14 de diciembre de 2007. Conocida como la Carta de Derechos del Veterano Puertorriqueño del Siglo XXI, establece en su Artículo 5, que será evidencia acreditativa de haber servido en la Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, el certificado de licenciamiento o separación bajo condiciones honorables, o una certificación expedida al efecto por la Administración Federal de Veteranos o por la autoridad federal correspondiente.
[4] La Ley 203 del 14 de diciembre de 2007, establece en su Artículo 4, Sección B, Inciso H, que todos los veteranos puertorriqueños que interrumpieron sus estudios secundarios para servir en la Primera y Segunda Guerra Mundial o en los conflictos de Corea y Vietnam tendrán derecho a solicitar su diploma de escuela superior al Departamento de Educación de Puerto Rico. Para tales efectos, la Carta Circular de la UEDC requiere evidencia en original y copia, que demuestre que estuvo cursando un grado de escuela secundaria, transcripción o una declaración jurada.

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

Apéndice 15

Solicitud de Servicios para Evidencia Académica

Solicitante

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre:	Segundo nombre:

Seguro Social completo	_____-_____-_____	Fecha de Nacimiento	Día:	Mes:	Año:

Ha solicitado servicio anteriormente: ☐Si ☐ No	Núm. Teléfono Celular: 1.
Email:	2.

Último año que estudió:	Último grado aprobado:	Graduado: ☐ Si ☐ No

Documento a solicitar

☐ Transcripción de Créditos en español	☐ Transcripción de Créditos en inglés	Favor de indicar la cantidad de solicitudes: _____
☐ Certificación de Grado	☐ Informe de Notas	

Propósito de la solicitud

☐ Continuar Estudios	☐ Ingreso fuerzas armadas	Otra razón:
☐ Empleo	☐ Otros	

Identificación con Foto

☐ Licencia Núm.:	☐Tarjeta Electoral:	☐Pasaporte:	☐Otro:

Dirección Postal Actual

Urbanización, calle, número, apt.	Ciudad:	País:	Código Postal:

_____ Firma del Solicitante

_____ Fecha

Para uso interno de la Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones

☐ Examen Equivalencia GED- Español ☐ Examen Equivalencia GED- Inglés ☐ Examen de Equivalencia 2013 en adelante (EEES)		☐ Programa Educación para Adultos completó el cuarto año: ☐ Sí ☐ No	☐ Examen de Ubicación ☐ Examen de Asignatura
Fecha de examen:	Lugar de examen:	Escuela o Centro PEA donde estudió:	Fecha del Examen:
Fecha de renovación:	Lugar de renovación:	Fecha:	Lugar de examen:

PO Box 190759, San Juan PR 00919-0759 / Tel (787)773-4881, 3486, 3457

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Autorización del Participante para Divulgar Información Académica

Yo _____, por este medio autorizo a proveer evidencia
(Nombre del participante en letra de molde)

de mi expediente académico a _____, para
(Nombre de la persona e institución autorizada)

propósito académicos o de empleabilidad.

_____ _____
Firma del participante Fecha

SOLICITANTE				
Apellido paterno:	Apellido materno:		Nombre:	Inicial:
Seguro Social completo: _____-_____-_____	Fecha de nacimiento	Día:	Mes:	Año:
Núm. de teléfono o celular actual: 1. 2.			¿Qué desea solicitar? ☐ Transcripción de créditos ☐ Certificación de grado ☐ Informe de notas	
¿Qué modalidad tomó o cursó? ☐ Examen de Equivalencia – GED Español ☐ Examen de Equivalencia – GED Inglés ☐ Examen de Equivalencia – 2013 en adelante EEES			☐ Programa de Educación para Adultos ☐ Examen de Ubicación (4to a 6to o 7mo a 9no) ☐ Examen de Asignatura	
Complete la siguiente parte según la modalidad que tomó o cursó				
¿Dónde y en qué tomó año Examen de Equivalencia?			¿Dónde y en qué año participó del Programa de Educación para Adultos? (escuela o centro al que asistió)	
¿Dónde y en qué año tomó el Examen de Ubicación?			¿Dónde y en qué año tomó el Examen de Asignatura?	

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho..

Autorización para Divulgación de Información Académica a Agencias o Instituciones

Por la presente yo_____,
(Nombre del director)

de _____ de _____,
(Nombre de la agencia, programa o institución) (Nombre del Municipio)

autorizo a _____
(Nombre y puesto que ocupa en la agencia, programa o institución)

a entregar evidencia para solicitud de exámenes y resultados de los siguientes participantes que son parte de nuestra matrícula para el año académico _____-_____.

Nombre del Participante	Firma del Participante
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Para que así conste, firmo y sello este documento hoy ____ de _____ de _____*
(Día) (mes) (año)

_____
Firma del Director de la Agencia, Programa o institución

SELLO

Cualquier alteración invalidará este documento.

***Nota: La vigencia de este documento corresponde al año académico en curso. La persona autorizada presentará identificación con foto en la UEDC.**

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA AUXILIAR PARA ASUNTOS ACADÉMICOS
ÁREA DE EDUCACIÓN ALTERNATIVA
UNIDAD DE EXÁMENES, DIPLOMAS Y CERTIFICACIONES

CERTIFICACION DE GRADO APROBADO

La Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones tiene evidencia en el sistema digital de que _____ , con el número de Seguro Social XXX-XX- _____ , fue participante de los servicios de exámenes de la UEDC en el año _____ , para dicha fecha presentó evidencia de tener _____ grado aprobado. Sin embargo, no poseemos información de la modalidad de estudios, cursos y calificaciones obtenidas en ese grado.

Expedido en _____, Puerto Rico, hoy día ____ de _____ de _____.

_____
Firma del Director
Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones

Sello Oficial

CUALQUIER ALTERACIÓN INVALIDARÁ ESTE DOCUMENTO.

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

Lista de Programas e Instituciones que tendrán derecho a excepción de Ley Núm. 217

Serán considerados para excepción los participantes que reciban servicios educativos a través de alguno de los siguientes:

1. Departamento de Corrección y Rehabilitación
    A. Administración de Corrección y Rehabilitación (ACR)
    B. Negociado de Instituciones Juveniles (NIJ)
2. Departamento del Trabajo
3. Departamento de la Familia
4. Departamento de la Vivienda
5. Comunidad de Reeducación a de Ex-Adictos (Hogares CREA)
6. Job Corps
7. Teen Challenge
8. Homeless
9. Albergue de Víctimas y Testigos
10. Centro Sor Isolina Ferré
11. Programa HEP (High School Equivalency Program)

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.

CARTA DE BÚSQUEDA EXHAUTIVA
EXHAUSTIVE SEARCH LETTER

Fecha _____
Date

A quien corresponda:
To Whom It May Concern:

Por la presente se hace constar que _____
Herby, it is noted that

visitó hoy la oficina de la UEDC para solicitar su transcripción créditos y certificación de
visited the UEDC office today, to request a transcript and a certification of

grado de los estudios cursados mediante algunos de los programas u ofrecimiento del
the courses that he or she took through some of the programs and offerings of the

Área de Educación Alternativa.
Alternative Education Area.

Al momento no aparece información en el sistema de datos digital de la UEDC, por lo que
At this moment, nothing shows up in our data base system. Therefore, we must proceed

se debe realizar el proceso de búsqueda del expediente en los archivos correspondientes
to do a thorough search of the student record in our files.

del Departamento de Educación de Puerto Rico. Esta gestión puede demorar algunas semanas.
This process can take a few weeks.

De necesitar mayor información puede comunicarse a la UEDC de _____
If you need more information or have any questions, please feel free to call the UEDC office of

a los siguientes números de teléfono _____.
at the following phone numbers.

Cordialmente,
Cordially,

_____
Director Unidad de Exámenes, Diplomas y Certificaciones
Examinations, Diplomas and Certifications Unit Director

El Departamento de Educación no discrimina de ninguna manera por razón de raza, color, sexo, nacimiento, condición de veterano, ideología política o religiosa, origen o condición social, orientación sexual o identidad de género, discapacidad o impedimento físico o mental; ni por ser víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho.