

**Community Ministries of Rockville  
Language Outreach Program**

**Información General**

**Spring 2016**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección Completa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (    ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ --

País de origen \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
  Mes            Día            Año

¿Ha asistido a clases de ingles antes?    Si     No

Donde: \_\_\_\_\_

Sabe leer y escribir español                      Si                       No

Educación que completó en su país:

Ninguna \_\_\_\_\_ primaria \_\_\_\_\_ bachillerato ó secundaria incompleta \_\_\_\_\_

Terminó bachillerato ó secundaria \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_ Escuela técnica \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Cómo se enteró del Programa Language Outreach? \_\_\_\_\_

Va a traer niños al programa?    Si     No

Cuantos? \_\_\_\_\_

Tiene trabajo?    Si \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Medio tiempo \_\_\_\_\_    Tiempo Completo \_\_\_\_\_

Tiene transportación    Si     No