



OSSE - GED Centro de Examen
 Universidad del Distrito de Columbia
 4200 Connecticut Avenue, NW (MB1005)
 Washington, DC 20008
 Phone: 202-274-7173

Aplicacion Para el Examen de GED

Registro no es completo hasta aprobacion de un GED administrador.

Direccion: 1. Completar toda la aplicacion (escribir claro)
2. Agregando con el orden de dinero pagadero a: UDC-GED Testing Center
3. Examen Completo: \$50.00; Examen Parcial: \$10.00 (cada parte)
PAGO NO ES REEMBOLSO Y NO ES TRANSFERIBLE; CHEQUE PERSONAL NO ES ACEPTABLE

Numero Social ▶	Fecha de Nacimiento ▶	Mes	Día	Año	Edad
Nombre (Apellido)		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Direccion			Numero de Apartamento #		
Ciudad Washington	Estado DC	Codigo Postal	Cuadra		
Numero de telefono de su hogar ()	Numero de telefono de su trabajo ()	Otro ()			
Dia de su examen practica		Nombre Y Direccion de su ultima escuela			
Circular el mayor grado completado 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		Es esta su primera vez tomando el examen desde Enero 1, 2003? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no indicar la fecha y ciudad/estado de su ultimo GED Examen.	
Como agarro esta aplicacion <input type="checkbox"/> Centro de examen del GED <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Centro de educacion <input type="checkbox"/> Otro _____		ES USTED ELEGIBLE PARA PRIVILEGIO ESPECIAL? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si usted tiene documentos de incapacidad de aprendizaje, incapacidad fisico, incapacidad emocional usted puede calificar para privilegios especiales durante su GED examen. Forma de solicitud L-15 (para incapacidad de aprendizaje) o forma de solicitud SA-001 (para incapacidad emocional o incapacidad fisica) es neccesario que un profesional certificado o un doctor medico complete la formas cada solicitud es considerado a base individual</i>		Escoger/Marca uno : <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Espanol/Letra Grande	
Escoger lo que aplica a usted <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Asistencia publica <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Mayor de edad		Usted participo con un programa de preparacion para el GED.			
Yo,el solicitante certifico que la informacion dado en esta aplicacion es verdadero y correcto. Yo certifico que yo soy un Residente del Distrito de Columbia.					
Firmar Aqui ▶	Firma del solicitante (Firma)			Fecha	
CON MI FIRMA YO DOY EL PERMISO PARA SOLTAR MIS GED RECORDS AL PROGRAMA DE GED CENTRO DE PREPARACION ▶		Soltar A (Nombre del centro Y Direccion):		Firma/Autorizar	

Informacion del examen – Es determinado solamente departe del GED administrador

Dia de Examen: _____ Local: _____
 Tiempo: _____

Para Administrador solamente

Si es mi primer ves No es mi primer ves

Tipo de exame	Fecha de exame	Forma	Puntages
La expresion escrita			
Los estudios sociales			
Ciencias			
La interpretacion de la literatura y de las artes			
Matematicas			

Amount Due: \$ _____
 Fee Received: \$ _____
 Invoice No.: _____
 Data Entry: _____
initials/date
 Practice Test Auth: _____
 Applicant ID: _____

APPROVED FOR TESTING:

 GED Administrator or designee signature