



BẢN CAM KẾT TRÁCH NHIỆM (MRC)

SỨ MỆNH CỦA EOPS/CARE

Tại EVC, chương trình Extended Opportunity Programs & Services (EOPS)/Cooperative Agencies Resources for Education (CARE) cam kết giúp đỡ sinh viên đạt được các mục tiêu học tập và cá nhân của mình. Với những sự hỗ trợ tốt nhất từ các giảng viên và nhân viên tận tâm, EOPS/CARE thúc đẩy sự thành công của sinh viên trong thành tích học tập/sự nghiệp, phát triển về nhận thức lẫn sức khỏe, và thực hành cũng như nâng cao các Giá Trị của EVC.

TRÁCH NHIỆM CỦA CHƯƠNG TRÌNH

EOPS/CARE đồng ý cung cấp những dịch vụ sau: ưu tiên ghi danh lớp, phiếu mua sách, tư vấn học tập và nghề nghiệp, thư viện sách, trang phục cho lễ tốt nghiệp, miễn lệ phí nộp đơn đại học, học bổng và trợ cấp tài chính cho những sinh viên đủ điều kiện.

TRÁCH NHIỆM CỦA SINH VIÊN

Là một sinh viên của chương trình EOPS và/hoặc CARE, tôi hiểu rằng tôi có những trách nhiệm sau:

- Hoàn thành **BA (3) lần gặp với EOPS mỗi học kỳ**. Mỗi lần gặp phải **cách nhau ít nhất 4 tuần**.
- Theo dõi và cố gắng hoàn tất mục tiêu học tập dựa trên Kế Hoạch Học Tập (Educational Plan) của tôi.
- Tham khảo với chuyên viên cố vấn trước khi bỏ bất kỳ lớp học nào.
- Nộp đơn xin hỗ trợ tài chính từ tiểu bang và liên bang mỗi năm học.
- Duy trì điểm trung bình (GPA) ít nhất là 2.0.
- Ghi danh phần lớn số tín chỉ (units) của tôi tại trường EVC mỗi học kỳ.
- Tham gia EOPS liên tục không gián đoạn.
- Đọc thông báo từ văn phòng EOPS/CARE và trả lời nhanh chóng khi được liên lạc.
- Cập nhật cho trường và chương trình với bất kỳ thay đổi nào về thông tin liên lạc của tôi (email, số điện thoại, địa chỉ).
- Cư xử lịch sự và tôn trọng giảng viên, nhân viên, và sinh viên của EVC.
- Cho phép nhân viên của EOPS chia sẻ thông tin với các cơ hội học bổng và/hoặc tiến độ/báo cáo học tập.

ĐIỀU KIỆN CHO SINH VIÊN

Là một sinh viên của chương trình EOPS và/hoặc CARE, tôi hiểu rằng tôi đủ điều kiện để nhận những sự hỗ trợ của EOPS cho đến khi **MỘT (1)** trong những trường hợp dưới đây xảy ra:

- Tôi hoàn thành **70 tín chỉ cho bằng cấp** của mình, **HOẶC**
- Tôi không hoàn thành các trách nhiệm được đề cập trong Bản Cam Kết này, và tôi cũng không yêu cầu được xem xét để tiếp tục tham gia chương trình dựa trên những trường hợp cho phép.

Tên	ID	Chữ ký	Ngày
-----	----	--------	------

Office Use: _____

EOPS/CARE Staff

Date