



## **APLICACIÓN DE BECA VOCACIONAL**

### **FONDO DE BECAS CONMEMORATIVO A LEE HENDERSON**

#### **Entrenamiento en Habilidades Laborales, Programas de Certificación, y Escuelas de Comercio INSTRUCCIONES Y DETALLES**

#### **¿Quién puede aplicar?**

Los participantes actuales en el programa de beneficios de salud grupal Ag Health Benefits pueden aplicar. Los cónyuges legales de los participantes del plan, así como sus hijos y nietos menores de 25 años también pueden aplicar. Los hijos y nietos no necesitan vivir con el participante del plan.

*Si está interesado en obtener un título universitario, por favor complete la Aplicación de Beca Académica.*

#### **Las becas vocacionales son para:**

- Los que deseen desarrollar habilidades laborales o aprender un nuevo comercio;
- Estudiantes aspirantes que aún no están en la escuela;
- Estudiantes actuales de tiempo completo o parcial en cualquier programa vocacional, educativo, o entrenamiento laboral en California; y,
- Programas de certificación, incluso los de los colegios comunitarios locales en California.

#### **Se otorgarán varias becas por montos de hasta \$5,000 cada una.**

Las becas se pueden utilizar para cuotas de inscripción, libros, útiles escolares, y otros gastos relacionados con su programa. Solicitantes pasados y ganadores pasados pueden aplicar de nuevo. Solicitantes son elegibles para hasta dos becas AHBA.

**Las aplicaciones de becas vocacionales se aceptan dos veces al año,  
del 1 – 31 de marzo y del 1 – 30 de junio.**

#### **Los ganadores de las becas vocacionales serán elegidos por un Comité de Selección en base a:**

- La motivación, el carácter, la capacidad, y el potencial del solicitante;
- La necesidad financiera del solicitante;
- Carta(s) de recomendación personales o profesionales recientes.

No se considerarán aplicaciones incompletas.

#### **Detalles del Programa**

Disponible en [www.aghealthbenefits.org/scholarships](http://www.aghealthbenefits.org/scholarships)

¿Preguntas? Por favor llame al (707) 963-7191 o visite nuestra oficina en 5 Financial Plaza, Suite 116, Napa CA 94558.

*El programa de becas vocacionales recibe su nombre en honor a Lee Henderson, quien dirigió California Winegrower Foundation de 1973- 2006 y dedicó su carrera a la comunidad agrícola.*



## APLICACIÓN DE BECA VOCACIONAL

### FONDO DE BECAS CONMEMORATIVO A LEE HENDERSON

#### Entrenamiento en Habilidades Laborales, Programas de Certificación, y Escuelas de Comercio

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Domicilio del Solicitante \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico de Solicitante \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

#### I. Por favor, cuéntenos acerca de su afiliación con AG HEALTH BENEFITS ALLIANCE:

¿Es usted el participante del plan de salud grupal? SI NO

SI: Nombre de su empleador: \_\_\_\_\_

Proporcione el número de identificación del plan de salud: **W00** - \_\_ - \_\_\_\_ (ubicado en su tarjeta médica)

NO: Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Marque con un círculo su relación con el participante y proporcione la fecha correspondiente:

Cónyuge Fecha de casamiento \_\_\_\_\_

Hijo/a (menor de 25 años) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nieto/a (menor de 25 años) Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del participante: \_\_\_\_\_

Proporcione el número de identificación del plan de salud del participante: **W00** - \_\_ - \_\_\_\_ (ubicado en la tarjeta médica del participante)

#### II. Por favor, cuéntenos sobre usted y sus metas:

1. ¿Cuál es su trabajo actual y/o experiencia diaria?

2. ¿Qué piensas estudiar? \_\_\_\_\_

3. Por favor proporcione información sobre la escuela u organización que ofrece el entrenamiento:  
Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo utilizará el conocimiento que obtenga de este programa?

\_\_\_\_\_



**III. Por favor, díganos cómo esta beca le ayudará financieramente:**

1. ¿Cuál es su costo anticipado de inscripción? \_\_\_\_\_ gastos relacionados? \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su ingreso FAMILIAR anual? Por favor incluya los ingresos de todas las fuentes. \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene dependientes? SI NO  
a. SI: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha aplicado o recibido algún otro fondo para completar este programa? SI NO  
a. SI: Por favor, proporcione la fuente y el monto otorgado. \_\_\_\_\_
5. ¿Hay otras circunstancias familiares, personales, financieras, o especiales que le gustaría compartir con el Comité de Selección?

**IV. Por favor incluya al menos una carta de recomendación profesional o personal.**

**Fecha de Plazo de la Aplicación: 31 de marzo y 30 de junio del 2023**



**No se considerarán aplicaciones incompletas. Por favor, asegúrese de haber incluido todo en la lista de verificación siguiente:**

- Nombre, domicilio, y información de contacto
- Nombre de su empleador y su número de identificación del plan de salud (si es participante de Ag Health Benefits)
- Detalles sobre su relación con el participante de Ag Health Benefits, su empleador, y su número de identificación del plan de salud (si no es el participante de Ag Health Benefits)
- Información sobre sus metas educativas
- Información sobre finanzas y costos
- Al menos una carta de recomendación reciente

***Envíe su aplicación completa antes del 31 de marzo o 30 de junio del 2023.***

**Por correo electrónico: [info@aghealthbenefits.org](mailto:info@aghealthbenefits.org)**

**Por correo: AHBAEF Scholarship Committee; 5 Financial Plaza, Suite 116; Napa, CA 94558**

Las becas se premiarán con base en métodos justos, objetivos, y no discriminatorios. Los finalistas serán elegidos en base a la información proporcionada en la aplicación escrita y una entrevista virtual con el Comité de Selección. AHBAEF notificará a los candidatos de las becas por correo. Las becas se emitirán sobre prueba de inscripción educativa y aceptación de los términos del programa.

Al firmar esta solicitud, afirmo que toda la información que he enviado es verdadero y precisa.

---

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

---

**Si es menor de 18 años, escribe en letra de imprenta el nombre del padre/tutor que aprueba el envío de la aplicación**

---

**Firma del Padre/Tutor**

**Fecha**

*AHBA Educational Foundation es una organización sin fines de lucro, 501c3, número de identificación fiscal 83-4433051. Gracias a Mike Wolf, Michael L Wolf Trust y muchos más por las generosas donaciones que hacen posible este programa.*