



APLICACIÓN DE BECA ACADÉMICA

Educación Universitaria 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 aplicando para entrenamiento técnico, escuela de comercio y/o programas de certificación, favor de completar la aplicación de Beca Vocacional.

Las becas académicas son para:

- Estudiantes aspirantes que aún no están en la escuela;
- Estudiantes actuales de tiempo completo o parcial en cualquier colegio comunitario, colegio de cuatro años, o universidad en los EE. UU.; y
- Estudiantes de pregrado o posgrado que estén trabajando para obtener un título de asociado, licenciatura, o superior en cualquier colegio o universidad en los EE.UU.

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

Las becas se pueden utilizar para la matrícula, pagos escolares, libros, útiles escolares, y alojamiento y comida. Las becas generalmente se otorgan por un período de un año. Solicitantes pasados y ganadores pasados pueden aplicar de nuevo. Solicitantes son elegibles para hasta dos becas AHBA.

Las aplicaciones de becas académicas se aceptan anualmente entre el 1 – 31 de marzo.

Los premios se anunciarán a finales de mayo de cada año.

Los ganadores de las becas académicas serán elegidos por un Comité de Selección en base a:

- Información de antecedentes sobre las experiencias personales, educativas, y de otras experiencias del solicitante;
- La motivación, el carácter, la capacidad, y el potencial del solicitante;
- La necesidad financiera del solicitante;
- Rendimiento educativo anterior, si corresponde; y,
- Cartas de recomendación personales y profesionales recientes.

No se considerarán aplicaciones incompletas.

Detalles del Programa

Disponible en 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.



APLICACIÓN DE BECA ACADÉMICA

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 sus objetivos educativos y su situación:

1. ¿Qué pretende estudiar? _____

2. ¿Cuáles son sus planes previstos después de su educación?

3. ¿Es actualmente un estudiante? SI NO

SI: Proporcione el nombre, la ciudad, y el estado de su escuela o programa:

NO: Proporcione el nombre, la ciudad, y el estado de la escuela o el programa al que planeas asistir:

Primera elección de escuela/programa: _____ Estado _____

Segunda elección de escuela/programa: _____ Estado _____



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

1. ¿Cuál es su costo anual anticipado para la matrícula: _____ gastos relacionados: _____ TOTAL _____
2. ¿Cuál es su ingreso FAMILIAR anual? Por favor incluya los ingresos de todas las fuentes. _____
 - a. ¿Tiene dependientes? SI NO SI: ¿Cuántos? _____
3. ¿Ha aplicado o recibido alguna otra beca este año? SI NO
 - a. SI: Por favor proporcione la fuente y el monto otorgado _____
4. ¿Hay otras circunstancias familiares, personales, financieras, o especiales que le gustaría compartir con el Comité de Selección?

IV. Por favor también incluya:

- 1) Al menos una o hasta tres cartas de recomendación profesionales o personales recientes.**
- 2) Un ensayo, adjunto en una página separada, de hasta 500 palabras.** Describa sus puntos fuertes, experiencias relevantes, y aspiraciones profesionales y/o educativas. Por favor, díganos cómo una beca de Ag Health Benefits le ayudará a alcanzar sus metas.
- 3) Sus transcripciones escolares más recientes.**

Fecha de Plazo de la Aplicación: 31 de marzo del 2024



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 pero hasta tres cartas de recomendación recientes
- Un ensayo
- Transcripciones escolares

Envíe su aplicación completa antes del 31 de marzo del 2024.

Por correo electrónico: 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.

Los ganadores de las becas se anunciarán a fines mayo del 2024.

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.