



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.

Las becas vocacionales son para:

- Los que desean 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;
- Programas de certificación, incluso colegios comunitarios locales en California.

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

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 hasta para dos becas con AHBA.

Las aplicaciones de becas vocacionales se aceptarán hasta el 15 de Abril del 2024

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 que estén 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.

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 CONMERATIVO 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 (adjunte una hoja adicional si es necesario):

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

¿Cuanto tiempo ha estado en su posición? _____

Por favor, enumere cualquier experiencia de trabajo o vida relacionado al entrenamiento que tiene interes.

2. ¿Que tipo de capacitación tecnica o entrenamiento laboral le gustaria recibir?

¿Cómo te ayudaría este entrenamiento? _____



3. Por favor proporcione información sobre la escuela o organización que ofrece el entrenamiento:

Nombre _____

Dirección _____

¿Cómo se lleva a cabo esta formación? *(circular uno)* en persona en línea combinación de los dos

¿En cuanto tiempo completará el programa de entrenamiento? _____

4. ¿De qué manera le ayudara estas habilidades lograr sus metas?

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

1. ¿Cuál es su costo anticipado de inscripción? _____ gastos relacionados? _____ TOTAL _____

2. ¿Cuántos miembros viven en su hogar? Incluyendo todos los adultos, niños y usted mismo: _____

3. ¿Cuál es su ingreso FAMILIAR anual? Por favor incluya los ingresos de todas las fuentes:

- ┆ Menos de \$25,000/año
- ┆ \$25,001 - \$50,000/ año
- ┆ \$50,000 - \$75,000/ año
- ┆ \$75,001 - \$100,000/ año
- ┆ Más de \$100,000/ año

4. ¿Ha solicitado o recibido algún otro financiamiento para completar este programa? SI NO

a. SI: por favor, proporcione la fuente y el monto otorgado.

IV. Por favor incluya al menos una carta(s) de recomendación profesional o personal.

Fecha de Plazo de la Aplicación: 15 de Abril del 2024



Envíe su aplicación completa antes del 15 de Abril 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 prube 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 progama.