



## APLICACIÓN DE BECA ACADÉMICA

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

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

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

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

¿Nombre del miembro del plan de salud grupal? \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

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

Sí mismo	Fecha de nacimiento _____
Cónyuge	Fecha de casamiento _____
Hijo/a (menor de 25 años)	Fecha de nacimiento _____
Nieto/a (menor de 25 años)	Fecha de nacimiento _____

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 metas educativas y su situación:

1. ¿Qué pretende estudiar? \_\_\_\_\_

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

3. ¿Es actualmente un estudiante?

Preparatoria: \_\_\_\_\_

Colegio/ Universidad: \_\_\_\_\_

Primera elección de escuela/programa: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Costo Anual: \_\_\_\_\_ Hospedaje: \_\_\_\_\_ Otros Gastos: \_\_\_\_\_

Porfavor Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Segunda elección de escuela/programa: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Costo Anual: \_\_\_\_\_ Hospedaje: \_\_\_\_\_ Otros Gastos: \_\_\_\_\_

Porfavor Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Por favor, díganos cómo se financiará su educación? Marque todas las que le correspondan.**

1.

\_\_\_\_\_ FAFSA, Cantidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pell Grant, Cantidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Student Loans, Cantidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otras Becas, Cantidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Si Mismo/Padres, Cantidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

2. ¿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 y promedio de calificaciones.**

**Fecha de Plazo de la Aplicación: 31 de Marzo del 2025**



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

- Nombre, domicilio, y información de contacto
- Su afiliación con Ag Health Benefits Alliance
- Información sobre sus metas educativas
- Información sobre la escuela que desea asistir y costos
- Cartas de recomendación
- Un ensayo
- Transcripciones escolares y promedio de calificaciones

***Envíe su aplicación completa antes del 31 de Marzo del 2025.***

**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 premiarán sobre prueba de inscripción educativa y aceptación de los términos del programa.

Al firmar esta aplicación, 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.*