



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 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:

Si 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 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 este entrenamiento? (*marque 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. ¿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: 31 de Marzo del 2025



Envíe su aplicación completa antes del 31 de Marzo del 2025

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 premiarán sobre prube 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 progama.