



INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DE LA BECAS

El Período de la Solicitud es del **3/1/20** a **3/31/20**

*Las becas para el semestre de otoño de 2020 se otorgarán en **mayo**.*

¿Quién puede aplicar?

Participantes de salud actuales del grupo Ag Health Benefits Alliance, sus cónyuges legales, hijos y los nietos pueden solicitar las becas.

Las becas son para:

- Escuela vocacional, técnica o comercial; y
- Escuela de pregrado o posgrado en el campo y escuela de su elección.

Un solicitante puede solicitar hasta dos becas. Las becas generalmente se otorgarán por un período de un año, sobre una base no renovable. Se pueden usar para matrículas y matrículas escolares, libros, útiles escolares, alojamiento y comida. Agricultural Health Benefits Alliance Educational Foundation, LLC (AHBAEF) reserva el derecho de imponer restricciones y/o requisitos adicionales sobre las becas otorgadas y la administración de tales becas.

Los seleccionados serán elegidos por un Comité de Becas basado en:

- Desempeño educativo pasado, si corresponde;
- Recomendaciones de los instructores del solicitante u otros con conocimiento sobre las capacidades del solicitante.
- Información de antecedentes sobre las experiencias personales, educativas, u otras experiencias relacionadas;
- La motivación, el carácter, la capacidad y el potencial del solicitante; y,
- La necesidad financiera del solicitante.

Las becas se otorgarán en base a métodos justos, objetivos y no discriminatorios.

Los seleccionados de las becas pueden ser:

- Estudiantes aspirantes que aún no están en la escuela;
- Estudiantes a tiempo completo o parcial en una institución educativa para obtener crédito completo para un asociado, licenciado, o mayor grado; o escuela vocacional; u otro programa que ofrezca un programa de capacitación;
- Estudiantes de pregrado o posgrado en un colegio o universidad.

Los solicitantes deben devolver la solicitud completa por correo electrónico a info@aghealthbenefits.org o por correo a:

Scholarship Committee
176 Main Street, #C
St. Helena, CA 94574

Las becas se otorgarán en función de esta solicitud escrita y una posible entrevista en persona. Nos pondremos en contacto con los candidatos calificados para acordar una fecha/hora para la entrevista, si corresponde.

AHBAEF tomará todas las medidas razonables y apropiadas para recuperar los fondos de la beca en el evento de que alguno o todos los fondos de una beca no se esté utilizando para los propósitos indicados.



APLICACIÓN DE BECA

Envíe antes del 31 de marzo del 2020 a la dirección que se muestra a continuación.

Agricultural Health Benefits Alliance Educational Foundation, LLC se complace en considerar solicitudes de becas académicas para participantes activos y los cónyuges legales, hijos o nietos de participantes en el programa de salud grupal Ag Health Benefits Alliance.

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

DOMICILIO DEL SOLICITANTE _____

CORREO ELECTRONICO DEL SOLICITANTE _____ **NUMERO TELEFONICO** _____

Cuéntanos más sobre su afiliación a AG HEALTH BENEFITS ALLIANCE:

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

Si NO, nombre del participante: _____

Su relación al participante:

CÓNYUGE FECHA DE MATRIMONIO: _____

HIJO/A FECHA DE NACIMIENTO: _____

NIETO/A FECHA DE NACIMIENTO: _____

El participante es empleado por: _____

Proporcione el número de identificación del plan de salud: **W00**_____ (el HCID está localizado en la identificación medica)

Cuéntanos más sobre sus antecedentes educativos y objetivos para continuar su educación:

1. ¿Cuándo fuiste a la escuela por última vez? _____ ¿Dónde? _____

2. Nombre, ciudad y estado de la universidad o escuela profesional a la que planea asistir:

PRIMERA OPCION: _____

SEGUNDA OPCION: _____

3. Campo de estudio previsto: _____

4. Costo anticipado de matrícula y gastos relacionados: _____

5. Ocupación prevista / planes posteriores a la universidad: _____

6. Si corresponde, otras becas solicitadas o ya recibidas: _____

7. ¿Planea tener un empleo a tiempo parcial para complementar los gastos? (En caso que si, por favor especifique) _____

8. Circunstancias especiales familiares, personales, financieras u otras para la consideración del comité: _____



Por favor también incluya:

- A. Hasta tres (3) cartas de recomendación.
- B. Transcripciones escolares, si las hay.
- C. Composición: en el espacio a continuación o mediante un archivo adjunto separado, escriba una breve composición (menos de 500 palabras) que describe sus metas educativas:



Plazo de Solicitud

Debe tener estampilla o recibirse electrónicamente antes del **31 de marzo del 2020**

Devuelva la solicitud completa por correo electrónico a info@aghealthbenefits.org o por correo a:

Scholarship Committee
176 Main Street, #C
St. Helena, CA 94574

Las becas se otorgarán en función de esta solicitud escrita y una posible entrevista en persona. Nosotros nos comunicaremos con los candidatos calificados para acordar una fecha/hora para la entrevista, si corresponde.

Los candidatos con becas exitosas serán notificados antes del 1ro de mayo del 2020

Firma del Solicitante

Fecha

Si es menor de 18 años, imprente el nombre del padre/guardián que aprueba el envío de la solicitud

Firma del Padre/Guardián

Fecha