



APLICACIÓN DE BECA, INSTRUCCIONES Y DETALLES

El período de aplicación para las becas 2021 es del 1 al 31 de marzo de 2021.

Los ganadores se anunciarán en mayo del 2021.

¿Quién puede aplicar?

Los participantes actuales en el programa de beneficios del grupo de salud 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. No es necesario que los hijos y nietos vivan con el participante del plan.

Los empleados de Ag Health Benefits y el cónyuge, hijos y nietos de los empleados de Ag Health Benefits no son elegibles para aplicar.

Las becas son para:

- Escuelas técnicas, de comercio o vocacionales;
- Programas de certificado; y,
- Colegios comunitarios, colegios de cuatro años y universidades.

Los ganadores de becas pueden ser:

- Solicitantes que deseen mejorar sus habilidades laborales y/o avanzar más allá de su puesto actual mediante entrenamiento o educación de una escuela de comercio, escuela vocacional u otro programa;
- Estudiantes aspirantes que aún no están en la escuela;
- Estudiantes actuales de tiempo completo o parcial en cualquier programa vocacional, educativo o entrenamiento laboral; y,
- Estudiantes de pregrado o posgrado que estén trabajando para obtener un título de asociado, licenciatura o superior en cualquier colegio o universidad.

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

Las becas se pueden utilizar para la matrícula, pagos escolares, libros, útiles escolares, alojamiento y comida. Las becas generalmente se otorgan por un período de un año, aunque se pueden conceder excepciones para ciertos programas de entrenamiento técnico o de certificados. Los solicitantes pasados y los ganadores pasados pueden volver aplicar. Los solicitantes son elegibles para ganar becas de AHBA por un máximo de dos años.

Agricultural Health Benefits Alliance Educational Foundation, LLC (AHBAEF) se reserva el derecho de imponer restricciones y/o requisitos adicionales sobre las becas y la administración de las becas.

Los ganadores de las becas serán elegidos por un Comité de Selección basado en:

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

No se considerarán aplicaciones incompletas.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro amable personal bilingüe al (707) 963 - 7191.



APLICACIÓN DE BECA

Nombre del Solicitante _____

Domicilio del Solicitante _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico _____ 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 (hasta los 25)	Fecha de nacimiento _____
Nieto/a (hasta los 25)	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:

¿Qué pretendes estudiar _____

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

2. ¿Eres 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: _____

Segunda elección de escuela/programa: _____

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

1. ¿Cuál es su costo anual anticipado para la matrícula y gastos relacionados? _____
2. ¿Cuál es el ingreso familiar anual? Por favor incluya los ingresos de todas las fuentes. _____
3. ¿Tiene dependientes? SI NO
a. SI: Cuantos? _____
4. Has aplicado o recibido alguna otra beca? SI NO
5. SI: Por favor proporcione detalles.

6. ¿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:**
 - **Si aplica a una escuela técnica, comercial o vocacional**, por favor escriba sobre su trabajo y/o experiencia de vida. Por favor díganos cómo una beca de Ag Health Benefits le ayudará a mejorar sus habilidades.
~ 0 ~
 - **Si aplica a un colegio comunitario, colegio de 4 años o universidad**, por favor 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** si es estudiante o está aplicando a un colegio comunitario, colegio de 4 años o universidad.

Fecha de Plazo de la Aplicación: 31 de marzo del 2021



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 (si está aplicando a un colegio comunitario, un colegio de 4 años o una universidad)

Envíe su aplicación antes del 31 de marzo del 2021

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 en mayo del 2021.

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

*Estas becas son posibles gracias al generoso apoyo del miembro de la junta
Mike Wolf, el Michael L Wolf Trust, y otros.*