



## **APLICACIÓN DE BECA ACADÉMICA**

### **Educación Universitaria**

### **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.

*Si está aplicando para entrenamiento técnico, escuela de comercio y/o programas de certificación, favor de completar la aplicación de Beca Vocacional.*

#### **Las becas académicas son para:**

- Estudiantes aspirantes que aún no están en la escuela;
- Estudiantes actuales de tiempo completo o parcial en cualquier colegio comunitario, colegio de cuatro años, o universidad en los EE. UU.; y
- Estudiantes de pregrado o posgrado que estén trabajando para obtener un título de asociado, licenciatura, o superior en cualquier colegio o universidad en los EE.UU.

#### **Se otorgarán varias becas por montos de hasta \$5,000 cada una.**

Las becas se pueden utilizar para la matrícula, pagos escolares, libros, útiles escolares, y alojamiento y comida. Las becas generalmente se otorgan por un período de un año. Solicitantes pasados y ganadores pasados pueden aplicar de nuevo. Solicitantes son elegibles para hasta dos becas AHBA.

**Las aplicaciones de becas académicas se aceptan anualmente entre el 1 - 31 de marzo.**

**Los premios se anunciarán a finales de mayo de cada año.**

#### **Los ganadores de las becas académicas serán elegidos por un Comité de Selección en base a:**

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

No se considerarán aplicaciones incompletas.

#### **Detalles del Programa**

Disponible en [www.aghealthbenefits.org/scholarships](http://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.



## APLICACIÓN DE BECA ACADÉMICA

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 sus objetivos educativos y su situación:

1. ¿Qué pretende estudiar? \_\_\_\_\_

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

3. ¿Es 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: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

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



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

1. ¿Cuál es su costo anual anticipado para la matrícula: \_\_\_\_\_ gastos relacionados: \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su ingreso FAMILIAR anual? Por favor incluya los ingresos de todas las fuentes. \_\_\_\_\_
  - a. ¿Tiene dependientes? SI NO SI: ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha aplicado o recibido alguna otra beca este año? SI NO
  - a. SI: Por favor proporcione la fuente y el monto otorgado \_\_\_\_\_
4. ¿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.**

**Fecha de Plazo de la Aplicación: 31 de marzo del 2023**



**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

***Envíe su aplicación completa antes del 31 de marzo del 2023.***

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

**Los ganadores de las becas se anunciarán a fines mayo del 2023.**

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 programa.*