

Solicitud Para Becas

Entrenamiento Intensivo 1, Para *Promotor(a)*, 28 de enero del 2007 ♦ Sacramento, CA

Limite de una beca por centro de salud. Las solicitudes para becas seran recibidas hasta el dia 5 de enero del 2007.

Es usted *Promotor(a)*? Si No

Si su respuesta es sí, ¿por cuantos años? _____

¿Ha asisitido a entrenamientos durante su rol de *Promotor(a)*? Si No

Nombre de la organización con quien trabaja. _____

Es empleado(a) de un centro de salud comunitario ó centro de salud al migrante que recibe o califica para fondos federales?(¿recibe fondos 330g de HRSA)? Si No

Solamente *Promotores(as)* que trabajan en centros de salud comunitaria y centro de salud al migrante que reciben o califican para fondos federales se les dara becas.

Pautas:

- Becas en cantidad de **\$50.00** dolares
- Becas solamente cubren el costo de inscripción, no incluye alojamiento, comidas ni la transportación del viaje.
- **Las solicitudes para las becas se aceptaran hasta el día 5 de enero del 2007.**
- La solicitudes para becas deben mandarse junto con la inscripción para el entrenamiento. Las solicitudes para becas que no traigan la forma de inscripción **no** seran consideradas.
- *Se les dara prioridad a los Promotores(as) que llevan poco tiempo de ser Promotores(as)* (menos de 2 años).
- Se notificará a las personas que reciban becas para el día 12 enero del 2007.
- La beca se aplicarán directamente para pagar la inscripción del entrenamiento si **no han pagado** su inscripción.
- Las becas serán enviadas por correo *después* de la conferencia para personas que reciban beca y que **ya habían enviado pagar** su inscripción para el día 5 de enero del 2007. Por favor de llenar la forma Parte 1 de la sección abajo para su devolución.
- No se les cobrará por inscribirse tarde a los que soliciten becas.

PARTE I. FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE:

Nombre: _____ Titulo: _____

Organización: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Nombre al portador: _____

Enviar al domicilio: _____

PARTE II. Por favor de escribir en una hoja de maquina (maximo 100 palabras), una descripción como se utilizara la información adquirida en este entrenamiento, para enriquecer su trabajo como *Promotor(a)*.

Envie su solicitud para beca junto con su descripción de 100 palabras a **Migrant Health Promotion:**

224 W. Michigan Ave.

Saline, MI 48176

Fax: 734-944-1405

Toll-free phone: 1-800-700-6927

capacity@migranthealth.org