

SOLICITUD DE BECA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo: _____ Id. de miembro: _____

¿Cuál es tu raza u origen étnico? Caucásico Hispano, latino o español

(Selecciona todas las opciones que correspondan) Negro o afroamericano Asiático Otro (especifica): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha prevista de parto: ____ / ____ / ____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ N.º de apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

1) ¿En qué fase del embarazo te encuentras? _____ semanas Ya di a luz

2) ¿Cuántos hijos tienes? _____ (Incluye al niño que actualmente llevas en el vientre).

3) ¿Cuántos años tienen tus hijos? _____

(Para las siguientes cinco preguntas, verifica tu respuesta y explica si fuera necesario).

4) ¿Quién es el jefe de la familia? Yo misma Mi pareja Mi padre o madre Otro: _____

5) Además de tus hijos, ¿alguna otra persona depende de ti? No Sí, especifica quién: _____

6) ¿Tienes una licencia de conducir válida? Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿tienes una Id. oficial vigente? Sí No

7) ¿Cómo te enteraste de esta oportunidad de beca? Mi médico o enfermero Amigo o familiar

Sitio web de Community Publicaciones en las redes sociales Tarjeta postal Empleado de Community Otro: _____

8) ¿Cuándo te gustaría comenzar las clases de certificación laboral? Septiembre de 2020 Marzo de 2021 Otro: _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

1) ¿Cuál es el nivel más alto de educación que alcanzaste? _____

2) ¿Tienes un diploma de la escuela secundaria? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál era el nombre de la escuela secundaria y en qué ciudad estaba? Nombre: _____ Ciudad: _____

3) ¿Qué áreas de trabajo o certificaciones te interesa estudiar? _____

PREGUNTAS

1) Hasta ahora, ¿cuál es la lección más importante que hayas aprendido en la vida? _____

2) ¿Qué esperas estar haciendo dentro de 10 años? _____

Nombre del solicitante (en imprenta) _____

Firma del solicitante _____ Fecha ____ / ____ / ____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Plan de salud _____ Años de membresía _____

Solicitud revisada por _____ Fecha de revisión _____

2636 South Loop West, Suite 125

Houston, Texas 77054

713-295-2437 | LifeServices@CommunityHealthChoice.org

