CARTA DE RECOMENDACIÓN

COMMUNITY HEALTH CHOICE

NOMBRE DEL PROFESOR DE LA ESCUELA

Explique por qué este estudiante tendría éxito en un entorno de educación postsecundaria (certificación, formación vocacional, aprendizaje, etc.).

Firma del profesor _____ Fecha_____ / _____/ _____

Nombre del solicitante (en imprenta) _____ Id. del miembro _____

Firma del solicitante _____ Fecha_____ / _____/ _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Plan de salud _____ Años de membresía _____

Solicitud revisada por _____ Fecha de revisión_____/_____/ _____

Si tiene preguntas sobre el programa CareerReady, envíenos un correo electrónico a LifeServices@CommunityHealthChoice.org.

Las cartas de recomendación completadas pueden enviarse por correo electrónico a Life Services@CommunityHealthChoice.org o por correo postal al Equipo de Life Services, a cargo de Jenny Mathai, 2636 South Loop West, Suite 125, Houston, TX 77054.

2636 South Loop West, Suite 125 | Houston, TX 77054 | LifeServices@CommunityHealthChoice.org | 713-295-2437