# Solicitud de Beca

Las becas son proveídas por el Departamento de Salud del Estado de

Washington, con el apoyo de patrocinadores.

Las becas son para los Trabajadores de la Salud Comunitarios, no

remunerados, quienes de otra manera no podrían asistir.

**Solicitudes deben entregarse el lunes, 1.o****de febrero, 2019.** Las solicitudes serán consideradas de acuerdo al orden que fueron recibidas y mientras los fondos lo permitan. Se notificara a los solicitantes el estatus de las becas antes del 28 de Febrero, 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) |  |
| Dirección del punto de partida (Si es diferente a la dirección proveída en la casilla anterior) |  |
| Organización (si aplica) |  |
| Titulo/Posición |  |
| Número telefónico |  |
| Correo electrónico |  |

1. Describa brevemente la razón por la que quisiera participar en la conferencia, y como utilizará lo aprendido en su trabajo:
2. ¿Su organización cubrirá los gastos de su asistencia si no recibe una beca? [ ]  Sí [ ]  No
3. ¿Alguien más, parte de su organización, asistirá a la conferencia? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  Desconozco
4. ¿Qué tipo de becas necesita? Marque todas las que apliquen.

*Hacemos todo lo posible para apoyar a todas las solicitudes, pero no podemos garantizar becas completas para todos. Solicitantes deben de vivir a 100 millas o más del lugar donde se llevará a cabo la conferencia para calificar a las becas que cubran los costos del hotel y las cenas. Se harán las reservaciones del hotel para los participantes que reciban la beca para cubrir los costos del hotel.*

[ ]  Registración

[ ]  Hotel & Cena

*Cuartos individuales no están garantizados. Todas las personadas becadas que hayan solicitado alojamiento puedan que tengan que compartir una habitación con otra persona becada. La cena del 10 y 11 de abril será proporcionada por el restaurante del hotel. El anfitrión del restaurante tendrá los nombres de todos los becados en una lista. La cena del 12 de Abril será a expensas propias del solicitante pero podrá ser rembolsado.*

Fecha de llegada: [ ]  Abril 10 [ ]  Abril 11 [ ]  Abril 12

Fecha de partida: [ ]  Abril 12 [ ]  Abril 13

[ ]  Boleto de avión

*Las reservaciones de boletos de avión se harán en su nombre. Se recomienda compartir el taxi/transporte desde el aeropuerto hasta el hotel*.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre como aparece en su licencia de conducir |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Aeropuerto de partida |  |

[ ]  Millas recorridas en carro

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Vehículo personal | [ ]  Vehículo de la compañía | [ ]  Otro,  |  |
| Total de millas por viaje de ida y vuelta: |  |
| Si viaja con otras personas, por favor liste los nombres de todos los pasajeros en el vehículo. El conductor será el que reciba el rembolso por las millas. |
| Nombre del Conductor: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |
| Nombre de Pasajero: |  |

Envie las solicitudes por correo electronico al **chwconference@doh.wa.gov**, ó por correo postal al **Departamento de Salud del Estado de Washington, ATTN: Marissa Floyd, PO Box 47848, Olympia, WA 98504.**