

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, 2018. 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)	
Título/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 personas 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 13 de Abril será a expensas propias del solicitante pero podrá ser reembolsado.

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 reembolso 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: _____

Envíe las solicitudes por correo electrónico 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.

FOR OFFICE USE ONLY – check all that apply	Notes:
<input type="checkbox"/> Registration <input type="checkbox"/> Mileage and/or Airfare	
<input type="checkbox"/> Lodging <input type="checkbox"/> Dinner	
<input type="checkbox"/> Confirmation Email Sent	