

Solicitud de Beca Estudiantil del Hospital del Condado de Hamilton

El Hospital del Condado de Hamilton otorgará dos becas de \$500 a un estudiante de último año, un hombre y una mujer, del Condado de Hamilton. Por favor, consulte los detalles y requisitos de la solicitud a continuación. Esta solicitud debe ser completada en su totalidad. Las solicitudes escritas a mano que sean claramente legibles son aceptables, pero se prefiere completarlas en línea. **Las solicitudes incompletas NO serán consideradas.**

Fecha límite de envío: 24/04/2024

Términos de la Beca

1. El solicitante debe ser un graduado de Hamilton County del año 2024.
2. Dos cartas de recomendación también deben ser incluidas con su solicitud. Estas cartas pueden ser de personas de su elección y contener comentarios sobre sus habilidades, potencial y cualquier otra información pertinente.
3. Los fondos de la beca pueden ser utilizados en cualquier tipo de escuela secundaria (Escuela Técnica, Escuela de Negocios o Cosmetología, clases por internet, etc.).
4. No se requiere un área de estudio o curso específico.
5. La cantidad total será otorgada previa presentación de prueba de matrícula.
6. La selección del(s) beneficiario(s) será realizada por el Comité de Compromiso de Empleados del Hospital del Condado de Hamilton. Si el beneficiario no utiliza los fondos de la beca dentro de un año, esta será confiscada.

General Information

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Teléfono principal:

Dirección de casa:

Dirección de correo electrónico:

Promedio actual:

Dirección de la escuela secundaria:

Dirección de la oficina de ayuda financiera de la escuela:

Carrera o vocación prevista:

Tiempo/semestre proyectado en que utilizarás la beca:

Fecha proyectada de graduación o finalización del curso:

Número de identificación de estudiante (para ser utilizado solo si es seleccionado):

Involucramiento escolar, comunitario y en otras actividades.

Por favor, enumera cualquier actividad escolar, clubes, honores, cargos ocupados, etc.:

Por favor, enumera cualquier actividad comunitaria (iglesia, 4-H, Scouts, trabajo voluntario, etc.):

Por favor, enumera cualquier otro honor, premio, etc. aquí:

Experiencia laboral
(lista lo más reciente primero)

Fecha:

Empleador:

Responsabilidades del empleador:

Fecha:

Empleador:

Responsabilidades del empleador:

Financiero

Costo de la educación para el término de la beca:

Semestre:

Nombre del curso:

Enumera cualquier otro gasto:

Fuentes anticipadas de apoyo para el término (%)

**El total debe ser igual a 100*

Autosuficiencia/Trabajo/Ahorros:

Becas/Préstamos/Subvenciones:

Familia:

Otros:

Enumera otras becas o subvenciones que recibirás y que estén confirmadas (nombre y monto del premio):

Explica brevemente por qué estás solicitando ayuda de becas:

Proporciona una breve declaración describiendo tus planes académicos y metas profesionales:

¡Asegúrate de adjuntar tus (2) cartas de recomendación!

Certifico que toda la información anterior es verdadera y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____

**Hamilton County Hospital
700 N. Huser Street, PO Box 948
Syracuse, KS 67878
620-384-7461**