



## SOLICITUD DE BECA PARA CONFERENCIAS EDUCATIVAS

### ENTREGAR TRES MESES ANTES DE LA CONFERENCIA

Completar esta solicitud lo registrará automáticamente en el Capítulo de Nevada de la Fundación Nacional de Hemofilia y lo ubicará en la lista de correo. Si no desea ser incluido en la lista de correo, escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información en color diferente si completa electrónicamente. Firme, escanee y envíe por correo electrónico o envíe por correo postal.**

#### INFORMACIÓN BÁSICA

**Nombre y apellido del solicitante principal:** (Nombres de los padres en caso de un menor de edad).

\_\_\_\_\_

**Dirección** (calle, ciudad, estado y código postal):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Número (s) de teléfono** (donde puede ser contactado para confirmar información):

\_\_\_\_\_

**El solicitante principal es una: (seleccione todos los que correspondan)**

- Persona con un trastorno de sangre
- Padre / tutor de un menor de edad con un trastorno de sangre
- Portadora de un trastorno de sangre
- Partidario no afectado de personas con trastornos de sangre

**Tipo de trastorno de sangre:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la conferencia que está interesado en asistir:**

\_\_\_\_\_

**Fechas en las que asistirás a la conferencia:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Cuántas personas en total están solicitando asistir a la conferencia:**

\_\_\_\_\_



**DETALLES DE ASISTENCIA**

Por favor liste todos que quieren asistir (si corresponde)

Nombre	Apellido	Edad
Nombre	Apellido	Edad
Nombre	Apellido	Edad
Nombre	Apellido	Edad
Nombre	Apellido	Edad

¿Alguna vez ha recibido una beca de viajes del Capítulo de Nevada - NHF para asistir a una conferencia educativa?

- Si En que año \_\_\_\_\_
- No

¿Es usted un miembro de la Junta Asesora de NHF en el Capítulo de Nevada?

- Si
- No

**Seleccione la asistencia que está solicitando del Capítulo de Nevada.**

(Seleccione todas las que correspondan)

- Tarifa de inscripción a la conferencia (# de personas \_\_\_\_\_)
- Tarifa de registro de cuidado infantil (# de niños \_\_\_\_\_)
- Tarifa de vuelo (# de personas \_\_\_\_\_) o tarjeta de gas (Millas al destino \_\_\_\_\_)  
(Fecha de salida \_\_\_\_\_, Fecha de regreso \_\_\_\_\_)
- Alojamiento (Número total de habitaciones \_\_\_\_\_, Número total de noches \_\_\_\_\_,  
Lugar solicitado: \_\_\_\_\_ Tarifa por noche: \_\_\_\_\_)
- Asistencia de comida (Fecha \_\_\_\_\_, Comida \_\_D \_\_A \_\_C, # de personas \_\_\_\_\_)  
(Fecha \_\_\_\_\_, Comida \_\_D \_\_A \_\_C, # de personas \_\_\_\_\_)  
(Fecha \_\_\_\_\_, Comida \_\_D \_\_A \_\_C, # de personas \_\_\_\_\_)  
(Fecha \_\_\_\_\_, Comida \_\_D \_\_A \_\_C, # de personas \_\_\_\_\_)
- Transporte por tierra (# de días \_\_\_\_\_)



**Describa cómo asistir a la Conferencia le beneficiará a usted / su familia:**  
por favor describa con muchos detalles

---

---

---

---

---

---

---

---

**Describa cómo usará la información obtenida en la Conferencia para beneficiar a la comunidad de trastornos de sangre en Nevada:**

Esto no es obligatorio, pero se recomienda.

---

---

---

---

---

---

---

---



**Indique si ha solicitado asistencia financiera adicional para asistir a la conferencia y los resultados de cada solicitud:**

Esto no es obligatorio, pero se recomienda.

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Ha solicitado asistencia financiera del Capítulo de Nevada de NHF en los últimos 12 meses? De ser así, indique la fecha y la cantidad de asistencia recibida.**

---

El Capítulo de Nevada de NHF no puede proporcionar fondos directamente a las personas, pero si se aprueba, el Capítulo de Nevada de NHF pagará a los proveedores directamente.



Yo, \_\_\_\_\_, he leído las Pautas de financiamiento de la Conferencia Nacional de Educación y entiendo lo siguiente:

- Las becas para viajes se otorgarán en los siguientes montos, ya que hay fondos disponibles:
  - o Familias de 1-4 - Máximo \$ 1500
  - o Familias de 5-8 - Máximo \$ 2500
- Se dará preferencia a los solicitantes que:
  - o Son asistentes por primera vez (aquellos que nunca han asistido a una Conferencia Nacional)
  - o No asistió a una conferencia nacional el año anterior.
  - o Participan activamente en las actividades del Capítulo de Neva
- Entiendo que solo se me otorgará hasta una cierta cantidad y, si me seleccionaron para recibir una beca de viaje, me comprometo a hacer lo siguiente:
  - Firmar y devolver un recibo indicando que recibieron la beca
  - Presentar recibos de los gastos incurridos en de la beca de viaje. Solo se aceptarán recibos de hotel, aerolínea y registro de conferencia.
  - Presente al Capítulo una breve sinopsis de su viaje, incluidos los beneficios, las cosas aprendidas y los beneficios para sus hijos, si corresponde.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información que he enviado es verdadera y precisa. En caso de que haya un cambio en la información que he proporcionado en esta solicitud, notificaré al Capítulo de Nevada de la Fundación Nacional de Hemofilia dentro de los 15 días.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Envíelo por correo electrónico a [bvandeusen@hemophilia.org](mailto:bvandeusen@hemophilia.org) O por correo a la dirección que figura a continuación.

---

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**

**Para ser completado por el Representante del Capítulo Nevada NHF solamente**

**Request approved by:** \_\_\_\_\_ **Amount approved:** \_\_\_\_\_

**Check number:** \_\_\_\_\_ (attach copies of credit card payment receipts)

**Date fund assistance mailed/paid:** \_\_\_\_\_

**Sent by:** \_\_\_\_\_