

The Hope Foundation del Condado de JoDaviess
SOLICITUD DE BECA
(Ver Guía para Solicitud de Beca adjunta)

1. BENEFICIARIO DE LA BECA

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX: _____ Correo electrónico: _____

2. INDIVIDUO O AGENCIA SOLICITANDO LA BECA

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX: _____ Correo electrónico: _____

a. Si Agencia, clasificación del IRS: _____

b. Si Agencia, nombre del contacto: _____

c. Si Agencia, dar una descripción breve del objetivo de la agencia: _____

3. FAVOR DE DESCRIBIR LA DISCAPACIDAD Y ADJUNTAR CUALQUIER DOCUMENTACION PROBATORIA.

4. PROVEER UNA DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD, PROYECTO O SERVICIO PARA QUE SOLICITARA FONDOS. (Si se necesita más espacio, adjuntar otra página escrita a máquina o a mano clara.)

5. ¿CUÁL ES EL COSTO COMPLETO DE LA NECESIDAD, PROYECTO OR SERVICIO?
Mostrar el costo en segmentos (equipo, vivienda, ropa, etc.)

6. ¿CUÁNTO SE SOLICITA?

¿CUÁNTO ES SU INGRESO PROMEDIO AL MES?

¿CUÁNTOS SON SUS GASTOS PROMEDIOS AL MES?

7. INDICAR OTRAS FUENTES DES FONDOS DISPONIBLES PARA ESTA NECESIDAD O PROYECTO.

8. SI NO SE RECIBEN LOS FONDOS COMPLETOS, DE DÓNDE VENDRÍAN LOS FONDOS RESTANTES?

9. INDICAR PLANES PARA RECIBIR FONDOS EN EL FUTURO, SI SERÍA NECESARIO.

10. IDENTIFICAR LOS PARÁMETROS DE TIEMPO PARA ESTA NECESIDAD/PROYECTO. ¿CUÁNDO SE ESPERA TERMINAR?

FECHA DE SOLICITUD _____

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

ENTREGAR DOS COPIAS DE ESTA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN ADICIONAL A:

Chair, Grant/Gifting Committee
The Hope Foundation of JoDaviess County
P.O. Box 262
Galena, IL 61036-0262
lauriemattas@yahoo.com

25/10/13
30/09/14