

**Solicitud repetida para alumnas que han recibido una beca TEAM en el pasado**

**Nombre: Fecha:**

**Email: Edad: Nacionalidad:**

**Estado Civil: Número de dependientes:**

**Universidad: Título a completar:**

**Año de estudio presente: Promedio de notas:**

**Fecha cuando comienza el semestre:**

**Fecha de graduación:**

**Costo de estudios para este año en dólares:**

**Costo de internado anual (cuarto y comida) en dólares:**

**Otros gastos:**

**Gastos totales:**

**Ingresos para este año: Otras ayudas recibidas:**

**Becas de TEAM recibidas en el pasado (año y cantidad):**

**¿En qué desea trabajar al terminar? ¿Cuáles son sus metas?**

**Complete esta solicitud y mándela con una copia de sus notas y una recomendación en el formulario adjunto a Martha Monsalve,** **marthacmonsalve@gmail.com**

**Referencia para beca TEAM**

**(Tiempo para igualdad en el ministerio Adventista)**

Nombre de la estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Llene el formulario en la computadora y devuélvalo lo más pronto posible a Martha Monsalve a **marthacmonsalve@gmail.com** o manda por correo a: TEAM Scholarship Review Committee,

PO Box 7816 Langley Park, MD 20787-7816. Por favor de sus observaciones y sus opiniones personales.

1. ¿Por cuánto tiempo ha conocido usted a esta dama, y en qué capacidad?
2. ¿Cuάles son sus habilidades y puntos positivos?
3. ¿En qué áreas necesita desarrollarse más?
4. ¿Qué contribuciones ha hecho ella al colegio, al trabajo, a la eglesia o a la comunidad?
5. ¿Qué reservaciones tiene, si hay alguna, sobre esta estudiante?
6. Mencione información adicional que usted piense que el comité debe considerar.

Su nombre, posición y título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su relación con la estudiante: (marque uno) pastor, profesor, empleador o supervisor

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