

BECAS DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESCOLARES

Hay becas disponibles para educación continua para enfermeras empleadas en las escuelas públicas de California de hasta \$500.00 cada una en la PTA de California.

DISPONIBILIDAD

Los fondos para las becas de PTA de California están disponibles para cursos de educación continua de enfermeras acreditadas por la junta de acreditación (BRN). Los cursos deben ser en las instituciones y/o proveedores aprobados, tales como escuelas de enfermería, hospitales, grupos organizados de enfermería y proveedores privados que cumplan los requisitos de la BRN desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. Los cursos deben completarse para el 31 de diciembre del año siguiente a la concesión de la beca.

CALIFICACIONES

Las becas se otorgan a enfermeras registradas con licencia

1. que hayan sido empleadas como enfermeras escolares en las escuelas públicas de California durante el año escolar precedente;
2. que tengan un mínimo de tres (3) años de experiencia como enfermeras en las escuelas públicas;
3. que tengan un contrato de enfermera para el año en curso y que planifiquen continuar como enfermeras escolares; y
4. que sean miembros de una unidad de PTA/PTSA active y que tengan una asignación en al menos una escuela con PTA/PTSA.

SOLICITUD Y FECHA DE ENTREGA

La solicitud y formulario de Referencias anexo deben obtenerse en:

- el sitio web capta.org;
- la *Carpeta de recursos de la PTA de California*; y
- las oficinas de la PTA de California.

El paquete de solicitud final debe incluir:

1. un formulario de solicitud lleno;
2. una copia legible de la tarjeta actual de afiliación de la PTA/PTSA en una hoja de papel de 8½" x 11";
3. un ensayo en el que se describe
 - a. responsabilidades actuales
 - b. cómo ayudará su efectividad el/los curso/s;
 - c. cualquier trabajo con la PTA u otro trabajo voluntario en el que participa;
4. formularios de referencia y cartas en sobre cerrados;
 - a. los formularios de referencia y las cartas de referencia deben ser escritas específicamente para esta solicitud de beca;
 - b. el primer formulario de referencia y la carta completada por el administrador actual del solicitante, o su representante y
 - c. el Segundo formulario de referencia y la carta completada por el presidente actual de la PTA o su representante.
 - d. **Nota:** cada formulario de referencia lleno y cada carta deben entregarse al solicitante en un sobre sellado.

Instrucciones para el envío por correo:

1. La solicitud original y los formularios de referencia con las cartas deben enviarse juntos en UN SOLO sobre.
 - a. No se aceptan facsímiles.
2. **La solicitud debe recibirse en las oficinas de la PTA de California para el cierre del día 15 de octubre.**
 - a. No se aceptarán las solicitudes que lleguen después de la fecha de entrega, aunque el matasellos de correo indique que se enviaron antes de esa fecha. No se tomarán en cuenta las solicitudes si falta material requerido.
 - b. Cuando el 15 de octubre sea en fin de semana, las solicitudes deberán recibirse en las oficinas de la PTA de California para el cierre del lunes subsiguiente

SELECCIÓN

Los becarios se seleccionarán por miembros del comité de Becas y Subsidios de la PTA de California. Todos los solicitantes serán notificados de su situación por escrito en el mes de enero. Se enviará un cheque por el monto de la beca directamente al becario.

SEGUIMIENTO

Los becarios deben proveer prueba de inscripción y finalización del curso para la BRN a las oficinas de la PTA de California para el 1 de junio.

8/2018

SOLICITUD

BECAS DE EDUCACIÓN CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESCOLARES

FECHA LÍMITE PARA RECEPCIÓN EN LA OFICINA DE LA PTA — 15 DE OCTUBRE
 NO SERÁN CONSIDERADAS LAS SOLICITUDES QUE SE RECIBAN DESPUÉS DE LA FECHA LÍMITE

Por favor escriba con letra de imprenta legible o a máquina.

Número de identificación de la unidad de PTA _____
 Como aparece en su tarjeta de membresía de PTA; si no tiene una tarjeta de membresía de PTA, póngase en contacto con el presidente de su PTA.

Apellido _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____
Dirección _____ (_____)	Ciudad, estado _____	Código Postal _____
Teléfono _____	Correo electrónico _____	

Número de licencia _____ Fecha de renovación _____
 Credenciales _____

Cantidad de años como enfermera titulada _____ empleada en la o las escuelas mencionadas a continuación _____

Yo certifico que esta beca se utilizará para mi educación.

FIRMA del solicitante (Requerido) _____ Fecha _____

Escuela(s) actual(es): Nombre completo de la escuela _____ Dirección de la escuela _____ Ciudad/Estado, Código postal _____ Teléfono _____ Nombre completo de la escuela _____ Dirección de la escuela _____ Ciudad/Estado, Código postal _____ Teléfono _____	Listar otras escuelas en que fue empleado en los últimos tres años. Incluir dirección completa y número de teléfono. Nombre completo de la escuela _____ Dirección de la escuela _____ Ciudad/Estado, Código postal _____ Teléfono _____ Nombre completo de la escuela _____ Dirección de la escuela _____ Ciudad/Estado, Código postal _____ Teléfono _____
---	---

Escriba el/los cursos de educación continua seleccionados. Por favor indique la materia/área de interés si el curso no está disponible.

Especifique la institución u organización aprobada por la Junta de Enfermeras Tituladas (BRN: Board of Registered Nurses).
 Nota: los cursos para renovar la licencia de enfermera titulada sólo pueden tomarse en una institución u organización aprobada por la Junta de Enfermeras Tituladas (BRN) como escuelas de enfermería, hospitales, grupos organizados de enfermería y otras instituciones privadas que cumplan con los requisitos de la BRN.

PROPORCIONE LA SIGUIENTE:

1. Describa sus responsabilidades actuales.
2. Indique de qué manera los cursos mencionados mejorarán su desempeño como enfermera de escuela.
3. Describa cómo el/los curso/s mejorará/n su efectividad como enfermera escolar.

Devuelva el paquete de solicitud en el orden siguiente:

- Formulario de solicitud completo
- Copia legible de su tarjeta de afiliación actual en una hoja de papel de 8-1/2" x 11"
- Ensayo con las respuestas a los puntos 1 a 3 de arriba, [no más 500 palabras (aproximadamente 2 páginas a doble espacio)]
- Dos (2) formularios de referencias con cartas, en sobres sellados
 - Del administrador actual o un representante
 - Del presidente actual de PTA o un representante

Una los documentos con un clip –NO LOS ENGRAPE

DEVUÉLVALO A: California State PTA, 2327 L Street, Sacramento, CA 95816-5014
NO SE ACEPTAN FACSIMILES

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Copia del carné actual de afiliado Dos (2) formularios de referencia con cartas Unidad en buenos términos

FORMULARIO DE REFERENCIAS

BECAS DE EDUCACIÓN CONTINUADA

FECHA LÍMITE DE ENTREGA EN LA OFICINA DE LA PTA DE CALIFORNIA
POR PARTE DEL SOLICITANTE — 15 DE OCTUBRE

MARQUE LA BECA CORRESPONDIENTE:

- ENFERMERAS ESCOLARES** – En una hoja de papel por aparte, haga una evaluación de las capacidades y características del (de la) solicitante, así como comentarios sobre las calificaciones personales y profesionales del (de la) solicitante. Incluya cualquier trabajo voluntario del solicitante con la PTA o cualquier otro trabajo voluntario del cual usted tenga conocimiento. La información proporcionada se considerará confidencial. **Limite la carta a una página.**

- MAESTROS Y CONSEJEROS** – En una hoja de papel por aparte, haga una evaluación de las capacidades y características del (de la) solicitante, así como comentarios sobre las calificaciones personales y profesionales del (de la) solicitante. Incluya cualesquiera actividades de PTA/escolares/estudiantiles del solicitante de las cuales usted tenga conocimiento. La información proporcionada se considerará confidencial. **Limite la carta a una página.**

- VOLUNTARIOS DE LA PTA** – En una hoja de papel por aparte, haga una evaluación de las capacidades y características del (de la) solicitante, así como comentarios sobre las calificaciones personales y profesionales del (de la) solicitante. **Presidente de unidad/consejo: describa la participación voluntaria del solicitante.** La información proporcionada se considerará confidencial. **Limite la carta a una página.**

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LA CARTA DE RECOMENDACIÓN EN UN SOBRE SELLADO
DIRECTAMENTE AL SOLICITANTE.**

Nombre del solicitante _____

Formulario de referencias completado por _____

Título/Cargo _____

Dirección postal _____

Teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

FIRMA _____ Fecha _____