



2020 West El Camino Avenue, Suite 800
Sacramento, CA 95833
hcai.ca.gov



奖学金计划核实（SPV）表

说明：

- 此表由就读或计划就读卫生保健专业、攻读卫生保健专业学位课程的学生填写。
- 此表必须仅由教务处、课程主任或相关指定人员签字。
- 申请人必须上传已签名且完整填写的表格，作为其Department of Health Care Access and Information (HCAI) 奖学金计划申请表的一部分。
- 任何信息缺失或不完整都将导致申请人的申请失败。

请清楚填写所有信息

名	姓		
学校/机构名称：			
学校/机构地址：	街道：		
	市：	州：	
	邮政编码：	县：	
专业/方向：			
申请学位：		课程开始日期：	
勾选此框，即为申请人证明其已注册或计划注册至少六（6）个学期学分/学分。 <u>*要求至少修读 6 个学期学分或同等学分*</u>			☐
学分类型： ☐ 学期 ☐ 学季 ☐ 其他：			
<u>*请输入你最近的平均学分绩点（GPA）。如果课程尚未开始，你可以输入高中 GPA（如果这是至今为止接受的最高教育）*。</u>			
学生的累计 GPA：			
学生的 <u>预计</u> 毕业/结业日期：			

***仅由注册办公室、课程主任或相关指定人员签署*。**

我声明这些陈述真实无误，否则愿受美国伪证罪之处罚。

签名

日期

姓名（印刷体书写）

电子