

Solicitud del Programa de Becas para Atención Médica Aliada - 2024

Información general

Sus respuestas a las preguntas sólo se utilizarán con fines de puntuación, elaboración de informes y análisis. El HCAI no compartirá sus respuestas individuales con terceros y solo divulgará la información demográfica recopilada en respuesta a estas preguntas en conjunto o según lo exija la legislación aplicable, incluida la Ley de Registros Públicos de California.

Nombre del solicitante*

Apellido del solicitante*

¿Está admitido o matriculado en uno de los siguientes programas educativos?*

Algunos programas pueden ser elegibles para recibir financiamiento para salud reproductiva. Si su respuesta es "ninguna de las anteriores", puede optar a otras fuentes de financiamiento.

Cuando se gradúe, ¿piensa trabajar en el campo de la salud reproductiva?*

No

Sí

Si respondió "Sí", puede haber fondos disponibles a través de los fondos de Salud Reproductiva.

¿Está dispuesto a continuar o empezar a prestar servicios relacionados con el aborto?*

No

Sí

“Aborto” se define como cualquier tratamiento médico destinado a inducir la interrupción de un embarazo, excepto con el propósito de que nazca un bebé vivo. “Servicios relacionados con el aborto” se definen como los abortos provocados realizados por un proveedor cualificado, en condiciones sanitarias y utilizando técnicas modernas (por ejemplo, aspiración endouterina), o el uso de

Solicitud del Programa de Becas para Atención Médica Aliada - 2024

medicamentos de alta calidad con un régimen eficaz para el aborto médico. Los servicios relacionados con el aborto también incluyen el manejo de los abortos espontáneos, asesoramiento y/o servicios de salud mental relacionados con los abortos, servicios anticonceptivos, vínculos con otros servicios de salud sexual y reproductiva, y conexiones con la comunidad, tal como se define en la atención post aborto.

Tenga en cuenta que los solicitantes que presten servicios en un Centro de Embarazo en Crisis no podrán optar a estos fondos.

¿Trabaja actualmente o está dispuesto a comprometerse a prestar servicio durante 12 meses en al menos una de estas áreas poblacionales?*

1. Un área de escasez de profesionales de la salud, según lo designado por la HRSA.
2. Un área con escasez de profesionales de la salud o con una población desatendida médicamente, según la designación de la [HRSA](#).
3. Un área objetivo de profesionales de la salud de atención a la maternidad, según la designación de la HRSA, o un desierto de atención a la maternidad, según la designación de [March of Dimes](#).
4. [Una zona rural](#).
5. Un condado de California en el que no se presten servicios de aborto.
6. Una zona en la que la mayoría de los pacientes estén cubiertos por el programa Medi-Cal.

No

Sí

¿Ha recibido formación o certificación en aborto?*

No

Sí

En caso afirmativo, cuando presente su solicitud, se le pedirá que adjunte un certificado didáctico o un certificado clínico o la firma de competencia clínica de referencia.

Solicitud del Programa de Becas para Atención Médica Aliada - 2024

¿Una o más de estas situaciones le aplican a usted?*

1. Es o ha sido persona sin hogar.
2. Estuvieron o están actualmente en el sistema de acogimiento familiar.
3. Fue elegible para el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (comidas gratuitas y a precio reducido) durante dos o más años durante su infancia.
4. Sus padres o tutores legales no obtuvieron una licenciatura.
5. Fue o es elegible actualmente para las becas federales Pell.
6. Recibió ayuda como padre o hijo del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) de California.
7. Reside o creció en una de las siguientes áreas:
 - a. Un área rural, según la designación del [Analizador de elegibilidad de subvenciones de salud rural](#).
 - b. Un área de escasez de profesionales de la salud, según lo designado por la HRSA.
8. Es una persona con discapacidad, es decir, una persona con un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades vitales importantes, tal y como se describe en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. Sec. 12101 et seq.), en su versión modificada.

No

Sí

¿Planea trabajar prestando servicios directos?*

No

Sí

¿Este programa educativo tiene su sede en California?*

No

Sí

¿Está dispuesto a comprometerse a prestar un servicio de 12 meses en una zona desatendida o en un entorno cualificado en los seis meses siguientes a su graduación?*

No

Sí

¿Recientemente ha obtenido un promedio de calificaciones de 2,0 o superior?*

No

Sí

Dado que seleccionó "Sí" a esta pregunta, tenga en cuenta que se le pedirá que cargue un [Formulario de Verificación del Programa de Becas \(SPV\)](#) firmado y completado que certifique que tiene un promedio de calificaciones de 2,0 o superior.

Solicitud del Programa de Becas para Atención Médica Aliada - 2024

¿Tiene antecedentes en hogares de acogimiento o ha estado implicado en el sistema de bienestar infantil?*

No Sí

¿Tiene antecedentes de haber sido una persona sin hogar?*

No Sí

¿Es estudiante universitario de primera generación?*

No Sí

¿Ha sido o es beneficiario de la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo de la Salud (OSHDP) o del Health Care Access and Information (HCAI)?*

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál era su número de contrato de su subvención anterior?

¿Trabaja o es voluntario actualmente para una entidad del estado de California?*

No Sí

Se le pedirá que envíe una carta de conflicto de intereses.

¿Ha trabajado alguna vez o ha sido voluntario para una entidad del estado de California?*

No Sí

Se le pedirá que envíe una carta de conflicto de intereses.

Información del perfil

Por favor, vaya a su página de perfil para actualizar esta información, si es necesario.

Fecha de nacimiento*

N° de identificación o licencia de conducir*

Correo electrónico*

¿Qué sexo le asignaron al nacer, en su certificado de nacimiento original?*

Usted se considera a sí mismo como:*

¿Cómo se describe a sí mismo?*

¿Es de origen hispano, latino o español?*

No

Sí: mexicano, mexicano estadounidense o chicano

Sí: puertorriqueño

Sí: cubano

Otro origen hispano, latino o español (Por favor especifique)

Prefiero no responder

Raza*

Indígena americano, nativo americano o nativo de Alaska

Asiático, Indio asiático

Asiático, Chino

Asiático, Camboyano

Asiático, Filipino

Asiático, Indonesio

Asiático, Japonés

Asiático, Coreano

Asiático, Laosiano

Asiático, Singapurense

Asiático, Tailandés

Asiático, Vietnamita

Asiático, Otro asiático (Por favor especifique)

Negro, afroamericano o africano

Medio oriente

Isleño del Pacífico, Guameño

Isleño del Pacífico, Hawaiano

Isleño del Pacífico, Samoano

Isleño del Pacífico, Otro (Por favor especifique)

Blanco/Caucásico

Otro (Por favor especifique)

Prefiero no responder

Información de Contacto

Indique una única persona de contacto. Debe ser una persona que no viva con usted (preferiblemente familiares) y que sepa cómo localizarle si necesitamos ponernos en contacto con usted.

Nombre del contacto*

Apellido del contacto*

Dirección*

Ciudad*

Estado/Provincia*

Zip/Código postal*

Teléfono del contacto*

Correo electrónico del contacto*

Parentesco del contacto con el solicitante*

Información académica

Indique el nombre y la dirección del centro de enseñanza secundaria en el que se graduó o la dirección de su domicilio si se educó en casa o obtuvo el GED.

Nombre de la Escuela Secundaria*

Dirección*

Ciudad*

Estado/Provincia*

Zip/Código postal*

País*

La ayuda financiera basada en los ingresos es una ayuda financiera basada en una evaluación de la necesidad financiera por parte de la universidad, normalmente basada en la cumplimentación de una FAFSA u otra documentación de cualificación de ingresos. Algunos ejemplos habituales son la Beca Pell, la Beca College Promise, el Préstamo Perkins, Programa Work-Study, la Beca Federal Complementaria para la Oportunidad Educativa (FSEOG) o la Beca para Estudiantes Desfavorecidos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

¿Recibió la notificación de que recibirá una ayuda económica en función de sus necesidades en alguna universidad en la que haya sido aceptado y en la que tenga intención de matricularse en el próximo año académico? *

No Sí

¿Ha recibido alguna vez una ayuda económica basada en los ingresos en alguna universidad en la que esté matriculado?*

No Sí

En caso afirmativo, seleccione el tipo de beca.*

Beca Promesa Universitaria

Pell

Préstamo Perkins

Studio-Trabajo

Beca Federal Complementaria para la Oportunidad Educativa (FSEOG)

Beca para Estudiantes Desfavorecidos HRSA

Otro

Nivel más avanzado de estudios:*

Información profesional

¿Habla alguno de los siguientes idiomas, aparte del inglés, con fluidez o lo suficientemente bien como para prestar servicios directos a los clientes? Marque todos los que correspondan:

Lengua indígena o tribal	Comunicación con señas	Árabe	Armenio
Camboyano	Chino	Persa	Hindi
Hmong	Japonés	Coreano	Laosiano
Mien	Punyabí	Ruso	Español
Tagalo	Tailandés	Ucraniano	Vietnamita

¿Está actualmente certificado, autorizado o registrado en una organización, consejo o comité de certificación de California?*

No Sí

En caso afirmativo, seleccione todas las que correspondan:

Consejo de Ciencias Conductuales	Consejo de Psicología
Consejo de Terapia Ocupacional de California	Consejo de Enfermeros Registrados de California
Comisión de Acreditación de Profesores de California	Junta Médica de California
Consejo Farmacéutico del Estado de California	Departamento de Servicios de Atención Médica
Consejo Dental de California	Junta Médica Osteopática de California
Consejo de Fisioterapia de California	Junta de Asistentes Médicos
Junta de Logopedia, Audiología y Dispensadores de Audífonos	Otro

Solicitud del Programa de Becas para Atención Médica Aliada - 2024

Número de certificación, licencia o registro*

Fecha de emisión de la certificación, licencia o registro*

Identificador nacional de proveedores (NPI), si procede:

Un NPI es un identificador numérico de 10 dígitos para proveedores de servicios de salud. El NPI lo expide el gobierno federal a los proveedores de servicios de salud.

¿Ha sido voluntario o ha trabajado en una zona desatendida o con grupos desatendidos en Estados Unidos o en el extranjero?*

No

Sí

Verificación del programa de becas

Programa en el que se ha matriculado o ha sido admitido, el cual le otorgará uno de los siguientes títulos.*

Nombre de la escuela o programa*

Tipo de escuela o programa *

Dirección de la escuela

Dirección*

Ciudad*

Estado*

Código postal*

¿Está actualmente matriculado o aceptado para matricularse? *

No

Sí

Después de graduarse, ¿piensa atender a niños y jóvenes de 0 a 25 años?*

No

Sí

Solicitud del Programa de Becas para Atención Médica Aliada - 2024

Descargue e imprima el [formulario de Verificación del Programa de Becas \(SPV\)](#). El formulario debe ser completado y firmado por el director de su programa o una persona designada apropiada. Una vez completado y firmado, introduzca la información exactamente como se indica en el SPV en los campos de abajo. Si la información no coincide con la del SPV, su solicitud se considerará inadmisibles.

Nota: NO aceptaremos cartas de su escuela en lugar del SPV. Los formularios deben escanearse y subirse al final de esta solicitud.

Fecha de inicio*	Fecha esperada de graduación o finalización*
Promedio de calificaciones*	Número de unidades en que está inscrito actualmente *
Tipo de unidades*	
Titulación/certificación deseada*	

Por favor, utilice el formulario de [Coste de Asistencia de la Beca HCAI](#) para calcular el Coste de Asistencia e ingrese el monto total a continuación. Esto es para un año de escuela, incluyendo la matrícula, libros, tarifas, materiales, coste clínico, alojamiento y comida (incluyendo alojamiento fuera del campus y abarrotes), el cuidado de personas dependientes, etc. Se le pedirá que suba el documento al final de la solicitud.

Coste de Asistencia*

Historial de empleo

Ingrese la experiencia laboral en el área de la salud, empezando por su empresa más reciente.

Nombre del empleador 1*	
Puesto de trabajo*	
Actualmente trabajo aquí*	
No	Sí
Dirección*	
Ciudad*	Estado/Provincia*
Zip/Código postal*	País*
Estatus de empleo*	

Nombre del empleador 2*

Puesto de trabajo*

Actualmente trabajo aquí*

No

Sí

Dirección*

Ciudad*

Estado/Provincia*

Zip/Código postal*

País*

Estatus de empleo*

Nombre del empleador 3*

Puesto de trabajo*

Actualmente trabajo aquí*

No

Sí

Dirección*

Ciudad*

Estado/Provincia*

Zip/Código postal*

País*

Estatus de empleo*

Nombre del empleador 4*

Puesto de trabajo*

Actualmente trabajo aquí*

No

Sí

Dirección*

Ciudad*

Estado/Provincia*

Zip/Código postal*

País*

Estatus de empleo*

Documentos requeridos

Adjunte los siguientes documentos como sustento a su solicitud, según las instrucciones. Sólo se aceptarán archivos .doc, .docx, PDF, PNG, y JPEG.

1. Coste de Asistencia

Cargue un coste de asistencia que refleje los costes asociados a un solo año. El documento debe ser obtenido por su escuela. No se aceptarán capturas de pantalla.

2. FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE BECAS (SPV)

Suba un formulario SPV completado y firmado (firmado por el director de su programa o una persona designada por éste). El formulario se encuentra en la página de Verificación del Programa de Becas o utilice el siguiente enlace para descargar el [formato SPV](#).

3. Carta de conflicto de intereses

Cargue una carta que indique que usted no tiene, o que su empleador actual o anterior en el estado de California no tiene, un conflicto de intereses con el Department of Health Care Access and Information (HCAI). [Consulte los formatos de las cartas](#).

4. Certificado de formación en aborto

Cargue el certificado o certificados que indiquen su formación en aborto. Si tiene más de un certificado o documento de capacitación, póngalos todos en un solo archivo para subirlos.

Certificación

Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo al Department of Health Care Access and Information (HCAI) a verificar cualquier información presentada como parte de esta solicitud. Entiendo que el falsificar la información contenida en mi solicitud descalificará mi solicitud. Entiendo que si se descubre una falsificación después de que se me haya concedido la subvención o si incumplo mi contrato de subvención, se me exigirá el reembolso de todos los fondos concedidos, más los intereses y las tasas administrativas. Entiendo que, una vez presentados, mi solicitud y los documentos justificativos pasarán a ser propiedad del HCAI.

Entiendo que, si se me otorga la beca, estoy aceptando los siguientes términos:

1. Responder toda la correspondencia de manera oportuna.
2. Firmar un contrato de subvención. Firmaría un contrato de subvención con el Department of Health Care Access and Information (HCAI).
3. Cuando se le solicite, presentar un formulario de verificación de la fecha de graduación (GDV, por sus siglas en inglés) para cada universidad a la que asistió (o escuela secundaria, si es el nivel más avanzado de educación)
4. Mantener una nota media de al menos 2,0 hasta la graduación.
5. Estar matriculado en un mínimo de seis (6) unidades semestrales, o su equivalente, hasta la finalización del programa.
6. Al graduarse, enviar un formulario (GDV) firmado y completado que certifique que se cumplieron los requisitos del programa.
7. Cuando se le solicite, enviar informes de progreso, firmados por mi(s) supervisor(es) para verificar que estoy trabajando y cumpliendo con los requisitos del programa.
8. Encontrar empleo en un centro cualificado al graduarme. La designación debe ser específica para la solicitud del programa.
9. Durante un período de doce (12) meses (tras la graduación y una vez trabajando en un centro cualificado) proporcionar atención directa al paciente (un mínimo de 32 horas por semana)
10. Notificar al HCAI de cualquier cambio en mi dirección, correo electrónico, número de teléfono, empleo, y cualquier permiso de ausencia del trabajo, dentro de los 30 días siguientes.
11. No aceptar ninguna otra adjudicación con otras entidades, incluidos otros programas del HCAI, que me exijan cumplir un contrato que se traslape con este periodo.
12. Sujeto a devolver los fondos recibidos, con intereses, y cualquier indemnización
13. por daños y perjuicios sufridos por el HCAI y el estado de California como
14. resultado del incumplimiento, una cantidad igual al número de meses de servicio
15. obligatorio no completado, si no cumplo con los términos del contrato de subvención.

De Acuerdo

e-signature

Fecha

