

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA BECA UNAH

*Fotografía
tamaño carné*

I. Datos Personales del Solicitante

1. Escriba su nombre completo, tal como aparece en su Tarjeta de Identidad o Partida de Nacimiento			
Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Primer Apellido _____	Segundo apellido _____
2. Numero de identidad:		3. Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____/_____/_____	
4. Edad en años cumplidos:		5. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
6. Estado civil: a. Casado/a <input type="checkbox"/> d. Unión Libre <input type="checkbox"/> b. Soltero/a <input type="checkbox"/> e. Viudo/a <input type="checkbox"/> c. Divorciado/a <input type="checkbox"/>		7. Número de hijos (si tiene) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	
8. Lugar de nacimiento Departamento: _____ Municipio: _____ Aldea: _____ Caserío: _____		9. Con que pueblo se identifica a. Lenca <input type="checkbox"/> g. Chorti <input type="checkbox"/> b. Garifuna <input type="checkbox"/> h. Nahuat <input type="checkbox"/> c. Tawahkas <input type="checkbox"/> i. Miskito <input type="checkbox"/> d. Tolupan/Jicaque <input type="checkbox"/> j. Pech(Payas) <input type="checkbox"/> e. Mestizo <input type="checkbox"/> f. Negro de Habla Inglesa <input type="checkbox"/>	
10. Se le ha diagnosticado alguna de las siguientes discapacidades: a. Movilidad reducida <input type="checkbox"/> f. Ceguera <input type="checkbox"/> b. Baja Visión <input type="checkbox"/> g. Ninguna <input type="checkbox"/> c. Pérdida de parcial de ala audición <input type="checkbox"/> d. Pérdida de total de ala audición <input type="checkbox"/> e. Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Otra: _____		11. Con que grupo se identifica a. Lésbico <input type="checkbox"/> b. Transexual <input type="checkbox"/> c. Bisexual <input type="checkbox"/> d. Gay <input type="checkbox"/> e. Heterosexual <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____	
12. Dirección de residencia actual (con referencias) _____ _____ _____			
13. N°. de Teléfono		14. N°. de teléfono de referencia	
15. Correo electrónico personal		16. Correo electrónico institucional	

17. Ocupación Actual
Trabajo: Tiempo completo _____ Medio tiempo _____ Por hora _____ Fin de semana _____

Estudio: Jornada completa _____ Media jornada _____ Fin de semana _____ En línea _____

II. ANTECEDENTES EDUCATIVOS

18. Centro de estudio: <input type="text"/>	19. Carrera que estudia actualmente: <input type="text"/>
20. Número de cuenta <input type="text"/>	21. Realizo algún cambio de carrera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuándo lo realizo? _____
22. Índice Académico Global: <input type="text"/>	23. Índice Académico Anual: <input type="text"/>
24. Índice Académico Periodo: <input type="text"/>	25. Total, de clases plan del estudio: <input type="text"/>
26. Total de clases aprobadas: <input type="text"/>	27. Asignaturas cursadas año anterior: <input type="text"/>
28. Total de clases reprobadas: <input type="text"/>	29. Carga académica periodo actual: <input type="text"/>
30. Indique premios/galardones académicos recibidos: 	31. ¿Ha recibido alguna vez una beca o ayuda financiera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
32. Algún familiar recibe una beca o ayuda financiera proveniente de la UNAH SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativo indique el nombre completo de la persona	33. ¿En este momento recibe una beca o ayuda financiera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>En caso de ser afirmativo favor complete lo siguiente:</i> Institución patrocinadora: _____ Tipo de beca o ayuda: _____ Monto y Duración: _____
34. ¿Ha participado en algún programa de intercambio académico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<i>En caso de ser afirmativo, indique lo siguiente:</i> Nombre de la institución: _____ Lugar: _____ Campo de estudios: _____ Fecha (desde/hasta): _____ ¿Cómo Financio este programa? _____	

III. ANTECEDENTES LABORALES FAMILIARES QUE FINANCIAN ESTUDIOS

¿Quién proporciona el financiamiento para que realice sus estudios?:	Ambos padres <input type="checkbox"/> Uno de ellos <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____ Trabajo <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> Apadrinamiento <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---

1.	Nombre			
Cargo		Empresa:	Salario:	
2.	Nombre			
Cargo		Empresa:	Salario:	

IV. ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

	Actividades	Posición ocupaba	Fecha o Periodo	Lugar
¿Ha participado en una organización comunitaria o en un proyecto de desarrollo comunal? ¿Cuáles? ¿Qué actividad desempeño?				
¿Ha participado alguna vez en algún proyecto o actividad para una iglesia? ¿Cuáles? ¿Qué actividad desempeño?				
¿Ha participado en otra actividad o actividades voluntarias o de servicio comunitario? ¿Cuáles? ¿Qué actividad desempeño?				

DECLARACIÓN: Declaro que la información que proporcionó a la Universidad a través de la VOAE es verdadera pudiendo ser comprobada en cualquier momento cuando sus autoridades lo consideren necesario.

 Nombre solicitante

 Firma solicitante