



# PROGRAMA DE BECAS

---

---

**SNOW ORTHODONTICS** otorga diez becas de 500 dólares cada una a aquellos estudiantes de preparatoria de cuarto año que estén por graduarse y deseen estudiar una carrera dentro del campo de la salud. Durante la ceremonia en honor a los ganadores de nuestro concurso de becas, el Dr. Gilbert H. Snow y/o un miembro de su personal otorgará un cheque de 500 dólares, un certificado por logros alcanzados y un regalo de graduación Snow a cada uno de los ganadores.

## **REQUISITOS PARA CONCURSAR:**

- ~ Debe ser un estudiante de preparatoria de cuarto año durante el ciclo escolar en curso
- ~ Debe contar con un promedio de calificaciones de 3.3 o superior

## **ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:**

SNOW ORTHODONTICS  
247 East Palmdale Boulevard, Suite A  
Palmdale, CA 93550  
Attention: Char Gale

## ***POR FAVOR ASEGÚRESE DE ENVIAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:***

- Una solicitud de beca completada
- Comprobante de promedio de calificación
- Un ensayo de 500 palabras que se titule: "Por qué quiero estudiar una carrera dentro del campo de la salud"
- Una fotografía de cuarto año (Nos DEBE autorizar el uso de este material fotográfico mediante su firma en el apartado de la solicitud de beca que corresponde al permiso de divulgación )

## **LA FECHA LÍMITE ES EL 6 DE ABRIL DEL 2007**

***¡Ninguna solicitud tardía será aceptada o tomada en cuenta!***

Si tiene alguna duda comuníquese con Char Gale, Director de Mercadotecnia de SNOW ORTHODONTICS al número: (661) 273-0425 o por correo electrónico: [charsnowortho@hotmail.com](mailto:charsnowortho@hotmail.com).

Para obtener más información sobre el Programa de Becas Snow Orthodontics visite el sitio Web: [www.drsnow.com/scholarships](http://www.drsnow.com/scholarships).



# **SOLICITUD DE BECA**

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de la Preparatoria (High School): \_\_\_\_\_

Grado actual: \_\_\_\_\_ (*Sólo el grado 12 califica*) Promedio de calificaciones: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del Programa de Becas Snow Orthodontics (a través de un maestro, orientador escolar, empleado de Snow Orthodontics, paciente de Snow Orthodontics, el periódico, la radio, un sitio Web, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ADJUNTE EL ENSAYO DE 500 PALABRAS:**

En 500 palabras o menos, explíquenos por qué está solicitando esta beca y cuáles son sus planes a futuro en cuanto a una carrera en el campo de la salud.

Enumere algunas de las actividades extracurriculares y comunitarias en las que participa..  
¿Qué papel desempeña en cada actividad?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Existen otros datos sobre usted de los cuales debemos estar informados? Puede incluir menciones especiales o incluso otras actividades, pasatiempos, talentos que usted considere puedan ser de utilidad a Snow Orthodontics al momento de evaluar su solicitud.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE Y/O DE LOS PADRES:**

Se van a presentar varios instantes donde el estudiante y Snow Orthodontics estarán expuestos a ser reconocidos públicamente o formar parte de alguna campaña publicitaria. La foto que viene adjunta a esta solicitud puede aparecer en medios publicitarios tales como periódicos o el sitio Web de SNOW ORTHODONTICS.

Yo \_\_\_\_\_ autorizo que la fotografía enviada el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2006 sea utilizada por **SNOW**

**ORTHODONTICS** con fines publicitarios. Yo estoy consciente de que dicha fotografía puede aparecer en nuestro sitio Web: **www.drsnow.com** en reconocimiento a los estudiantes que recibieron la becas.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Firma de uno de los padres si el estudiante es menor de 18 años)

Yo hago constar que la información que aparece en esta solicitud o que viene adjunta a la misma se apega a la verdad, está completa y es correcta según mi leal saber y entender. Estoy consciente de que esta información es de carácter confidencial y está sujeta a corroboración por parte de Snow Orthodontics.

FIRMA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_