

VDSA BECA DE COMUNIDAD Y EDUCACIÓN



La Beca de Comunidad y Educación de VDSA da asistencia de financia para individuales con síndrome de Down (SD) para participar en actividades extracurriculares. El objetivo de este programa es ofrecer a las personas con síndrome de Down la oportunidad de participar en experiencias divertidas y enriquecedoras que van más allá del entorno académico o terapéutico. Esta beca es posible gracias al generoso apoyo de KOVAR, una organización benéfica que proporciona subvenciones para mejorar la vida de las personas con discapacidades intelectuales en Virginia. Estamos profundamente agradecidos con KOVAR por su compromiso con la inclusión y la participación con la comunidad. **Por favor revise las [pautas del programa de becas](#) para más detalles sobre los criterios del programa.**

Cada solicitante es elegible para un máximo de \$500 por año calendario (enero a diciembre) para becas para actividades extracurriculares para el año en curso. Los fondos se desembolsarán por orden de llegada, según la disponibilidad y a la discreción del Comité de Becas. **Todas las solicitudes de becas, facturas o recibos para el año en curso deben recibirse antes del 15 de diciembre.**

Por favor rellene las PAGINAS 1 y 2 completamente de la solicitud e incluya una factura o recibo pagado.

Enviar por correo a: VDSA, 1504 Santa Rosa Rd., Suite 124, Richmond, VA 23229,

Enviar por correo electrónico a info@virginiadsa.org o FAX para 800 725.1549

(Desafortunadamente, no podemos procesar su solicitud sin una factura o recibo pagado.)

Nombre de solicitante (Individual con SD): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: M F Nombre(s) del padre/guardián: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: VA.

Código postal: _____ Teléfono (Casa) _____ (Celular): _____

Correo electrónico: _____

Nombre del programa para el que se utilizarán los fondos de la beca: _____

Tenga en cuenta que el solicitante debe estar inscrito en el programa para el año en curso. No podemos reembolsar ni pagar programas por la participación del solicitante en años anteriores o futuros.

CANTIDAD requerida: \$ _____ Costo **TOTAL** del programa: \$ _____

Para **PAGO** (incluya la factura) o **REEMBOLSO** (incluir recibo pagado). Por favor, asegúrese de que la documentación presentada se ajusta a su solicitud. Remitir el pago a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Qué programas y/o eventos de VDSA tuvo un efecto en su familia?

POR FAVOR complete la siguiente sección si ha recibido fondos en 2024. DEBE completar la siguiente sección para recibir fondos en 2025 (si no recibió fondos en 2024, escriba N/A).

Nombre del beneficiario de la beca (Individual con SD): _____

Nombre del programa respaldado por beca: _____

¿Qué **PORCENTAJE (%)** de las clases/actividad/campamento que asistieron las persona con SD? (Esto es solo para informes de beca y no afecta la elegibilidad para los fondos) _____

¿Cómo los fondos de la beca en el año anterior afectaron positivamente la vida de la persona con síndrome de Down?

¿Quisiera proporcionarnos o enviarnos alguna foto de su hijo/joven o adulto participando en este programa? _____

Por Favor envíe su foto al correo electrónico info@virginiadsa.org

¿Qué otra información puede proporcionar o sugerir que se mejore este programa? _____

¿Algún otro comentario sugerencia? _____

¿Preguntas? Contáctanos en info@virginiadsa.org