

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6



Información del Estudiante

Nombre:

Apellido paterno

Apellido materno

Primer nombre

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email _____

Ciudadanía: _____ Sexo: (masculine / femenino) _____

Número de pasaporte y fecha de vencimiento: _____

Nombre como está escrito en el pasaporte : _____

Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____

Estado civil: _____ Edades de los niños _____

Nombre y dirección de su iglesia:

Educación: (Favor de anotar toda su educación hasta el presente)

¿Cuál es su empleo / trabajo actual? Favor de explicarlo:

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

Historia del Trabajo/Empleo:

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Fechas de trabajo</u>

Referencias Personales: Favor de proveer los nombres y contactos de tres personas para su referencia personal. Estas personas no deben ser familiares sino un pastor, patrón previo, o professor quien le conozca bien. SIFAT enviará formularios de referencia a los individuos anombados abajo para llenarlo y devolverlo a SIFAT.

Nombre	Dirección	Título	Teleponó	E-Mail

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

Applicant Questionnaire:

1.) ¿Cuáles son sus metas a largo plazo?

2.) ¿Cómo puede ayudarle el entrenamiento de SIFAT para hallar las metas anombradas arriba?

3. ¿Cuáles son sus intenciones depués de completar el entrenamiento en SIFAT? (Seguir con los estudios en los EE.UU? Solicitar un “internship” en SIFAT? Permanecer en EE.UU. de vacaciones hasta que le vence la visa? Buscar agencias de apoyo? Regresar a su país (si es estudiante internacional) para implimentar lo que aprendó? Otros planes?

4.¿Qué técnicas / conocimientos en específico le gustaría aprender en SIFAT?

5.¿Qué conocimientos o habilidades tiene Ud. que estaría dispuesto de compartir con otros en SIFAT?

6.¿Cuáles son sus aficiones? A que se dedica en su tiempo libre?

7. ¿Cómo supo Ud. de SIFAT?

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

8. Nombre de la organización o misión con la cual está involucrado? (Requerido para estar considerado como aplicante para el entrenamiento)

9. Aconsejamos a los estudiantes internacionales que busquen una agencia, iglesia, o misión que le apoye con sus estudios y con los gastos del viaje. También le ayudaría bastante en sacar la visa. Tiene Ud. este apoyo? de quién?

10. SIFAT provee algunas becas parciales cada sesión. Estos fondos se ortogan a los con mayor necesidad y promesa. ¿Piensa Ud. solicitar beca? En dado caso, como se podría justificar su necesidad al comité de becas?

11. Favor de nombrar los posibles fuentes de recursos que haya explorado para apollarle financieramente con sus estudios en SIFAT.

12. Favor de compartir su filosofía : (a)del desarrollo comunitario cristiano y de servir a los demás (b) de las tecnologías apropiadas.

13. Para ayudarnos a operar con menos presupuesto, pedimos que los estudiantes nos ayuden en el trabajo del mantenimiento del campamento durante la semana. Es Ud. dispuesto par ser parte de nuestro equipo durante su estancia en SIFAT y colaborar de esta manera?

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

PARTE I A APLICACION PARA BECA

(Para ser completado por el supervisor de trabajo del aplicante y/o por la organización patrocinadora)

Nombre del Apicante: _____

Por favor complete lo siguiente correctamente. Es importante que nosotros tengamos la información sincera para determinar la escala de necesidades. Nosotros damos becas parciales solamente por lo que es importante que el aplicante nos demuestre que el/ella puede asegurar otros fondos para el costo del transporte y el resto del costo de la capacitación. Gracias por su tiempo y por proporcionar la información siguiente.

1. Salario mensual del aplicante: _____
2. Monto del presupuesto de su organización del último año. _____
3. Fuentes de donde su organización /compañía recibe ingresos o fondos.

4. Número de trabajadores que emplea su organización/compañía en su país:
Trabajadores a tiempo completo: _____
Trabajadores a medio tiempo: _____
5. Número de trabajadores que son:
Asalariados: _____
Voluntarios: _____
6. ¿Desea Ud. emplear al aplicante de nuevo después de regresar de la capacitación? _____

7. ¿Qué técnicas específicas le gustaría que el aplicante aprenda en la capacitación en SIFAT? _____

8. ¿Con que cantidad contribuirá su organización en el costo de la capacitación de \$ 3750? _____
9. ¿Cómo considera que el aplicante pagará su costo de transporte? SIFAT no provee ninguna asistencia financiera para viaje. _____

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

Parte II INFORMACION SOBRE LA ORGANIZACION PATROCINADORA

Se requiere que todos los que se capacitan en SIFAT esten activamente involucrados de alguna manera con una organización cuyo objetivo primordial es ayudar al pobre. (Para ser completado por el Director de la organización patrocinadora del aplicante)

Nombre del Apicante: _____

Por favor complete la siguiente información en detalle. Este es parte de los archivos del estudiante por lo que es importante que toda la información esté correcta y completa.

1. Nombre y dirección de su organización/agencia:

2. Descripción de las actividades de su organización (Por favor sea específico):

3. Número de años que el aplicante ha trabajado para su organización o que usted ha estado asociado con el aplicante: _____

3. Número de horas que el aplicante trabaja o realiza voluntariado con usted por mes: _____

5. Puesto y responsabilidades que realiza el aplicante para su organización en la comunidad. (por favor sea específico y detallado)

6. Número de años el aplicante ha vivido en su comunidad actual:

7. ¿Qué técnicas desea usted que el aplicante aprenda en SIFAT?

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

STUDENT TRAINING APPLICATION Reference Form # 1

SIFAT

(Servants in Faith and Technology)

2944 Country Road 113

Lineville, Alabama USA 36266

Telephone: 256-396-2015

Fax: 256-396-2501

Email: info@sifat.org

Please return promptly to:

SIFAT Director of Training

2944 Country Road 113

Lineville, AL 36266 USA

To Be Completed by Applicant

Name of Applicant (Please print) :

Address:

Telephone Number: _____ Cell Number: _____

According to the Family Education Rights and Privacy Act of 1974, students have the right to inspect and review their educational records, including recommendations. Unless those students have waived rights of inspection and review.

Applicant Signature

Date

PARA SER COMPLETADO POR EL REFERENTE DEL APLICANTE

La persona arriba nombrado esta aplicando para una admisión en SIFAT una organización que entrena misioneros, promotores del desarrollo, líderes indígenas y potenciales líderes de otras partes. Su cooperación para responder las siguientes preguntas en la más alta honestidad será grandemente apreciado. Esta información nos ayudará par decidir si el aplicante puede o no estar en nuestro programa de capacitación. Por favor enviar directamente el formulario al director de capacitación de SIFAT. Si usted es familiar del aplicante, esta evaluación debería provenir de otra persona responsable. Gracias por su atención.

1) Desde cuando conoce al aplicante? _____ en que capacidad? _____

2) En que mediada conoce aplicante? _____ poco _____ ocasionalmente
_____ bien _____ muy bien

3) En que medida el aplicante esta involucrado en la comunidad y en la iglesia?
_____ no está involucrado _____ Poco involucrado _____
involucrado _____ totalmente involucrado

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

4) Por favor explique como se ha involucrado el aplicante en servicios cristianos.

ARTE 2 FORMULARIO DEL REFERENTE DEL APLICANTE

- Conociendo al aplicante, como lo conoce usted, qué recomendación haría?

_____ RECOMIENDO FUENTEMENTE (Máximo 10 % de los candidatos en su experiencia)

_____ RECOMIENDO

_____ RECOMIENDO CON RESERVACIÓN (puede encontrar dificultad)

_____ NO RECOMIENDO

_____ PREFIERO NO HACER RECOMENDACIÓN

COMENTARIOS (Utilice papeles adicionales si es necesario).

INFORMACIÓN SOBRE EL REFERENTE DEL APLICANTE:

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD/ESTADO: _____ NUMERO POSTAL: _____ PAÍS: _____

NUMERO DE FAX: _____ DIRECCIÓN CORREO: _____

ELECTRÓNICO: _____

LUGAR DONDE TRABAJA: _____

POSICIÓN/TITULO: _____ NUMERO TELEFONICO: _____

FIRMA

FECHA

Gracias por el tiempo y esfuerzo que puso para completar este formulario de referencia. Sus comentarios serán considerados completamente.

Por favor incluya nombres y direcciones de otros estudiantes que podrían tener interés en recibir información acerca del programa de capacitación en SIFAT.

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

STUDENT TRAINING APPLICATION

Reference Form # 2

SIFAT

(Servants in Faith and Technology)

2944 Country Road 113

Lineville, Alabama USA 36266

Telephone: 256-396-2015

Fax: 256-396-2501

Email: info@sifat.org

Please return promptly to:

SIFAT Director of Training

2944 Country Road 113

Lineville, AL 36266 USA

To Be Completed by Applicant

Name of Applicant (Please print) :

Address:

Telephone Number: _____ Cell Number: _____

According to the Family Education Rights and Privacy Act of 1974, students have the right to inspect and review their educational records, including recommendations. unless those students have waived rights of inspection and review.

Applicant Signature

Date

PARA SER COMPLETADO POR EL REFERENTE DEL APLICANTE

La persona arriba nombrado esta aplicando para una admisión en SIFAT una organización que entrena misioneros, promotores del desarrollo, lideres indígenas y potenciales lideres de otras partes. Su cooperación para responder las siguientes preguntas en la más alta honestidad será grandemente apreciado. Esta información nos ayudará par decidir si el aplicante puede o no estar en nuestro programa de capacitación. Por favor enviar directamente el formulario al director de capacitación de SIFAT. Si usted es familiar del aplicante, esta evaluación debería provenir de otra persona responsable. Gracias por su atención.

1) Desde cuando conoce al aplicante? _____ En que capacidad? _____

2) En que mediada conoce aplicante? _____ poco _____ ocasionalmente _____
bien _____ muy bien

3. En que medida el aplicante esta involucrado en la comunidad y en la iglesia?
_____ no está involucrado _____ Poco involucrado _____
involucrado _____ totalmente involucrado

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

4) Por favor explique como se ha involucrado el aplicante en servicios cristianos.

FORMULARIO DEL REFERENTE DEL APLICANTE

- Conociendo al aplicante, como lo conoce usted, qué recomendación haría?

_____ RECOMIENDO FUENTEMENTE (Máximo 10 % de los candidatos en su experiencia)

_____ RECOMIENDO

_____ RECOMIENDO CON RESERVACIÓN (puede encontrar dificultad)

_____ NO RECOMIENDO

_____ PREFIERO NO HACER RECOMENDACIÓN

COMENTARIOS (Utilice papeles adicionales si es necesario).

INFORMACIÓN SOBRE EL REFERENTE DEL APLICANTE:

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO: _____ NUMERO POSTAL: _____ PAÍS: _____

NUMERO DE FAX: _____ DIRECCIÓN CORREO: _____

ELECTRÓNICO: _____

LUGAR DONDE TRABAJA _____

POSICIÓN/TITULO _____ NUMERO TELEFONICO _____

FIRMA

FECHA

Gracias por el tiempo y esfuerzo que puso para completar este formulario de referencia. Sus comentarios serán considerados completamente.

Por favor incluya nombres y direcciones de otros estudiantes que podrían tener interés en recibir información acerca del programa de capacitación en SIFAT.

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

STUDENT TRAINING APPLICATION Pastor Reference Form

SIFAT
(Servants in Faith and Technology)
2944 Country Road 113
Lineville, Alabama USA 36266
Telephone: 256-396-2015
Fax: 256-396-2501
Email: info@sifat.org

Please return promptly to:
SIFAT Director of Training
2944 Country Road 113
Lineville, AL 36266 USA

To Be Completed by Applicant

Name of Applicant (Please print) :

Address: _____

Telephone Number : _____ Cell Number: _____

According to the Family Education Rights and Privacy Act of 1974, students have the right to inspect and review their educational records, including recommendations. Unless those students have waived rights of inspection and review.

Applicant Signature Date

PARA SER COMPLETADO POR EL PASTOR DEL APLICANTE

La persona arriba nombrado esta aplicando para una admisión en SIFAT una organización que entrena misioneros, promotores del desarrollo, lideres indígenas y potenciales lideres de otras partes. Su cooperación para responder las siguientes preguntas en la más alta honestidad será grandemente apreciado. Esta información nos ayudará par decidir si el aplicante puede o no estar en nuestro programa de capacitación. Por favor enviar directamente el formulario al director de capacitación de SIFAT. Si usted es familiar del aplicante, esta evaluación debería provenir de otra persona responsable. Gracias por su atención.

1) Desde cuando conoce al aplicante? _____ En que capacidad? _____

2) En que mediada conoce a plicante? _____ poco _____ ocasionalmente
_____ bien _____ muy bien

3) En que medida el aplicante esta involucrado en la comunidad y en la iglesia?

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

_____ no está involucrado _____ Poco involucrado _____
involucrado _____ totalmente involucrado

4) Por favor explique como se ha involucrado el aplicante en servicios cristianos.

ARTE 2 FORMULARIO DEL REFERENTE DEL APLICANTE

- Conociendo al aplicante, como lo conoce usted, qué recomendación haría?

_____ RECOMIENDO FUENTEMENTE (Máximo 10 % de los candidatos en su experiencia)

_____ RECOMIENDO

_____ RECOMIENDO CON RESERVACIÓN (puede encontrar dificultad)

_____ NO RECOMIENDO

_____ PREFIERO NO HACER RECOMENDACIÓN

COMENTARIOS (Utilice papeles adicionales si es necesario).

INFORMACIÓN SOBRE EL PASTOR DEL APLICANTE:

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO: _____ NUMERO POSTAL: _____ PAÍS: _____

NUMERO DE FAX _____ DIRECCIÓN CORREO: _____

ELECTRONICO _____

LUGAR DONDE TRABAJA: _____

POSICIÓN/TITULO: _____ NUMERO TELEFONICO: _____

FIRMA

FECHA

Gracias por el tiempo y esfuerzo que puso para completar este formulario de referencia. Sus comentarios serán considerados completamente.

STUDENT TRAINING APPLICATION

2009 Fall Training Practicum: August 31 - November 6

Por favor incluya nombres y direcciones de otros estudiantes que podrían tener interés en recibir información acerca del programa de capacitación en SIFAT.
