



Dallas Branch  
of the  
International Dyslexia Association

Para que su solicitud sea considerada completa y revisada por el comité de becas, se requieren los siguientes documentos. Toda la información se mantendrá confidencial.

Por favor, utilice esta lista de verificación para asegurarse de que haya incluido todos los documentos solicitados.

- Una carta que describa la necesidad económica de la beca
- Solicitud de Beca
- Copia de evaluación psicoeducativa o de dislexia (finalizado dentro de los últimos 3 años)
- Carta de recomendación de un profesional de la educación que conoce bien del estudiante
- Copia de las calificaciones del año escolar anterior, así como las calificaciones más reciente del estudiante
- El formulario de información del terapeuta
- declaración de impuestos (1040) de los ingresos del año anterior
- Cuestionario del estudiante completo

La información puede ser presentado a:

[dallasida.scholarships@gmail.com](mailto:dallasida.scholarships@gmail.com)

0

Dallas Branch International Dyslexia Association  
Attn: Scholarship Committee  
14070 Proton, Suite 100  
Dallas, TX 75244



# Solicitud de Beca

14070 Proton, Suite 100 | Dallas, TX 75244 | (972) 233-9107 x222  
www.dallasida.org | dallasida.scholarships@gmail.com

## Instrucciones:

1. Para solicitar una beca académica/terapia educativa de DBIDA, por favor proporcionar información precisa y completa.
2. Becas son concedidas en base a la **necesidad económica**. La información que proporcione será confidencial.
3. Por favor, imprimir la siguiente información con claridad. Entregue la solicitud completa, con la documentación que acompaña como se pide en las pautas de la beca, a la oficina DBIDA.
4. Si este formulario está incompleto, inexacto, o no firmado, no será considerado.

<b>Información del Estudiante</b>	
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Edad: _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nombre de Madre/Guardián : _____	Nombre de Padre/Guardián : _____
Ocupación : _____	Ocupación : _____
Dirección : _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____	Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal : _____	Código postal : _____
Número de teléfono: _____	Número de teléfono: _____
Email: _____	Email: _____

*Debe ser completado por el padre/tutor con respecto al estudiante:*

*¿Cuál es la necesidad educativa del estudiante?*

*Por favor anote la diferencia en el aprendizaje basado en el lenguaje específico (s) que el estudiante ha sido diagnosticado con:*

*¿Cuáles son las fortalezas del estudiante?*

*¿Cuáles son las aficiones e intereses del estudiante?*

*¿Qué servicios de soporte actual está recibiendo el estudiante?*

*¿Qué servicios de apoyo ha recibido el estudiante anteriore?*

<i>Por favor, incluya cualquier otra información sobre el estudiante que considere importante para nosotros saber.</i>	
--	--

¿Este solicitante ha aplicado anteriormente para esta beca?  Si  No

Si es así, la fecha aplicada \_\_\_\_\_

¿Este solicitante, previamente ha concedido una beca DBIDA?  Si  No

Si es así, cuando? \_\_\_\_\_ Qué cantidad fue concedido? \_\_\_\_\_

¿Padres/tutores deben comprometerse a la terapia del estudiante a través de la participación financiera - ¿estás dispuesto a hacerlo?  Si  No

¿Ha seleccionado un centro específico, terapeuta o programa para el proceso de remediación si el estudiante obtiene la beca?  Si  No

Si es así:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Las solicitudes de becas se revisan dos veces al año.**

**Los plazos son de 30 de abril y 31 de octubre de.**

Certifico que las declaraciones en este documento son verdaderas a el mejor de mi conocimiento y conceder permiso para que la información contenida ser compartido con el comité de selección de becas.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Dallas Branch  
of the  
International Dyslexia Association

## **Cuestionario del Estudiante**

*Debe ser completado o dictado por el estudiante..*

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Me gusta** \_\_\_\_\_

**Me siento orgulloso cuando** \_\_\_\_\_

**Mi materia favorita en la escuela (o parte del día) es** \_\_\_\_\_

**Mi cosa más difícil en la escuela es** \_\_\_\_\_

**Me siento triste cuando** \_\_\_\_\_

**Soy bueno en** \_\_\_\_\_



Dallas Branch  
of the  
International Dyslexia Association

### Formulario de Información de terapeuta

Esta información es para asegurar le a DBIDA que todos los terapeutas en consideración para el pago a través de nuestro programa de becas están debidamente cualificados. Para ser completado por el terapeuta:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Antecedentes educacionales y títulos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afiliaciones Profesionales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre potencial de los clientes: \_\_\_\_\_

Descripción del programa de terapia que se usa:

\_\_\_\_\_

Número de sesiones por semana: \_\_\_\_\_

tasa de sesión: \_\_\_\_\_ Tiempo para la finalización del programa: \_\_\_\_\_

¿Es usted actualmente miembro de la Asociación Internacional de la Dislexia (IDA)?  Sí  No

*(Afiliación en IDA no se requiere que el solicitante se otorgará una beca. Afiliación en IDA ayuda en los esfuerzos que soportan becas futuras y es muy aconsejable)*

**Por favor, adjunte una copia de sus credenciales y/o licencias**

Declaro que la información es correcta y completa.

Firma del terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Terapeuta tiene un año desde la fecha de beca concedida a presentar comprobante de pago de las sesiones después de que hayan sido completados. presentación fuera de plazo serán anuladas y se convierten en la responsabilidad del terapeuta para el pago.*

*Por favor, devuelva este formulario completo junto con los documentos solicitados a:*

Dallas Branch International Dyslexia Association

14070 Proton, Suite 100

o por correo electrónico a [dallasida.scholarships@gmail.com](mailto:dallasida.scholarships@gmail.com)

Dallas, TX 75244



Dallas Branch  
of the  
International Dyslexia Association

### Therapist Information Form

This information is to assure DBIDA that all therapists in consideration for payment through our scholarship program are appropriately qualified. To be completed by the therapist:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Educational background and degrees:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Professional Affiliations:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Potential Client's Name: \_\_\_\_\_

Description of Therapy

Program Used: \_\_\_\_\_

Number of Sessions per week: \_\_\_\_\_

Session Rate: \_\_\_\_\_ Time frame for completion of the program: \_\_\_\_\_

Are you currently a member of the International Dyslexia Association (IDA)?  Yes  No

*(Membership in IDA is not required for an applicant to be awarded a scholarship. Membership in IDA helps with efforts that support future scholarships and is highly encouraged)*

**Please attach a copy of your credentials and/or licenses**

I declare that the information is correct and complete.

Therapist's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Therapist has one year from date scholarship awarded to submit receipt for payment of sessions after they have been completed. Late submissions will be voided and become the therapist's responsibility for payment.*

*Please return this completed form along with the requested documents to:*

Dallas Branch International Dyslexia Association

14070 Proton, Suite 100

Dallas, TX 75244

**or** via email to [dallasida.scholarships@gmail.com](mailto:dallasida.scholarships@gmail.com)