

SOLICITUD DE BECA ESCOLAR
CONMEMORATIVA DE JOE LIPOMI

Propósito: Las Becas Escolares Conmemorativas Joe Lipomi del Instituto Oftalmológico de Leones de Virginia se otorga a personas con discapacidad visual calificadas y son patrocinadas por clubes de Leones individuales del Distrito 24-L. Los objetivos primordiales de las estas son aumentar las posibilidades de los beneficiarios de lograr una vida independiente y autosuficiente. El dinero de la becas se puede utilizar para dispositivos electrónicos, gastos educativos/de educación y otros gastos asociados.

Calificaciones:

1) La agudeza visual debe limitarse a 20/70 con corrección en mejor ojo o en un campo visual binocular de 30 grados o menos. La vista debe ser documentada por un profesional de la visión (oftalmólogo u optometra).

2) Patrocinio por parte de un club de Leones con una recomendación del club patrocinador. VLEI encontrará un club patrocinador si el solicitante necesita ese servicio.

3) La solicitud de beca debe ir acompañada de un ensayo por separado que explique por qué se necesita y cómo se utilizarán los fondos, junto con el gasto aproximado. Es útil que los solicitantes "se presenten" y describan sus intereses y objetivos para el futuro. Aparte del punto anterior, el Ensayo es la única información que la Junta Directiva tiene para distinguir entre los solicitantes cuando el número de solicitudes excede el presupuesto anual para estas. Los solicitantes por primera vez reciben prioridad sobre las solicitudes de aquellos que han recibido becas en años anteriores. Los solicitantes están limitados a tres años de becas.

Datos personales requeridos (el SSN se puede adjuntar en una hoja simple sin nombre si se desea)

Nombre: _____ SSN: _____

Dirección: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

(Debe ser legible para ser útil)

Discapacidad visual:

Agudeza visual con mejor corrección: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Campo visual (binocular) Grados _____

Se debe adjuntar la evaluación del oftalmólogo/optometrista con firma e información de contacto

Monto solicitado: \$ _____ (Máximos: \$3,000 la 1ª vez; \$2,000 la 2ª vez; \$1.000 la 3ª vez).

Nombre de su TVI (Profesor de Personas con Discapacidad Visual): _____

Club de Leones patrocinador: _____

Las solicitudes completas deben enviarse por correo a: VLEIF, C/O Sandi Armendaris, 7623 Virginia Avenue, Falls Church, VA 22043-3202, y deben llegar a NLT el 5 de diciembre. Los solicitantes aprobados serán notificados cuando se complete el proceso de selección. Las subvenciones se presentarán en un lugar determinado por el Comité de Becas Escolares. Los detalles se anunciarán cuando estén finalizados. Las preguntas deben enviarse por correo electrónico a: woodywoodard@cox.net (asunto: Scholastic Grant) o llamar al 703-314-088
Para obtener más información sobre nuestra misión de servicio, visite nuestro sitio web en: <http://vleif.org/>