****

**Federación Luterana Mundial**

Departamento de Misión y Desarrollo

Oficina para Diaconía y Desarrollo

P.O. Box 2100

CH-1211 Ginebra 2

Suiza

[scholarships@lutheranworld.org](mailto:scholarships@lutheranworld.org)

**Solicitud de Beca Grupal de la FLM**

**Desarrollo de Capacidades Humanas e Institucionales (HICD)**

**de las Iglesias Miembro de la FLM**

*Dar toda la información pertinente. Solo las solicitudes completas serán aceptadas.* *Si el espacio disponible es insuficiente, incluya información en un documento anexo a este formulario.*

**1. Resumen de la Información Básica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Iglesia que respalda:** |  | | | | | | |
| **Nombre del grupo:** |  | | | | | | |
| **Número de miembros/as:** | 2  3  4  5  6  7  8  9  10 | | | | | | |
| **Composición de género:** | Número de candidatos: | | |  | | Número de candidatas: |  |
| **Año de nacimiento:** |  |  |  | |  |  |  |
| **Área de formación:** | Teología | | | | | Diaconía/Desarrollo | |
| **Campo de estudios/formación:** |  | | | | | | |
| **Nivel de estudios/formación:** | Licenciatura | | Máster | | | Doctorado | |
|  | Otros |  | | | | | |  |

**2. Respaldo de la Iglesia**

*(A llenar por la sede central o la oficina principal de la iglesia miembro de la FLM)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **Explicar por qué la formación del grupo es necesaria para la iglesia y de qué manera responderá al requisito de desarrollo (capacitación) de sus recursos humanos.** | | | | |
|  | | | | |
| Forma actual de participación del candidatos/as en la iglesia: | Empleados/as | Voluntarios/as | Miembros/as de la iglesia | |
| Al terminar los estudios/la formación, los/las candidatos/as servirán a la iglesia como: | Empleados/as | Voluntarios/as | Otros: |  |
|  | | | *Especificar* |
| Depto. o institución de la iglesia donde  trabajará los/las candidatos/as: |  | | | |
| Título del futuro cargo: |  | | | |

* 1. **¿La necesidad de formación fue aprobada por la junta o el comité de desarrollo de recursos humanos de la iglesia?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SÍ | NO |  | | | | | | | | | | | |  |
| De ser así, indicar: | | | Fecha de aprobación: | | | /    / | | | | | | | | |
|  | | |  | | | *Día/Mes/Año* | | | | | | | | |
|  | | | Número de resolución: | | |  | | | | | | | | |
| * 1. **Prioridad de la aplicación:** | | | | 1 | | 2 | | 3 | 4 | | 5 |  | | |
|  | | | | *Por favor priorice sus aplicaciones de acuerdo a la necesidad. Marque la casilla 1 para la aplicación con la prioridad más alta, la casilla 2 para la segunda prioridad, etc.* | | | | | | | | | | |
| * 1. **¿La iglesia solicitó o entiende solicitar ayuda financiera a otra organización o institución?** | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | |
| De ser así, indicar: | | | Nombre de la organización/institución: | | | |  | | | | | | | |
|  | | | Estado de la solicitud: | | | | Aprobada | | | Rechazada | | | Pendiente | |
| * 1. **¿La iglesia ofrecerá una subvención financiera mensual los/las candidatos/as durante su formación o sus estudios?** | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍ | NO | | Si es así, indicar el monto por persona: | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | *Monto y divisa* | | | | | | | |
| * 1. **Datos de contacto de la iglesia:** | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal: | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | *Número y calle* | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | *Código postal de la ciudad* | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | *País* | | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono: | |  | | | | | | | | | | | |
| Dirección electrónica: | |  | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre, apellido y cargo del funcionario o la funcionaria que firma en nombre de la iglesia:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | |
| *Nombre y apellido* | | | |  | *Cargo* | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | |
| *Lugar y fecha* | | | |  | *Firma y sello oficial* | | | | | | | | |

**3. Información Sobre la Propuesta de Estudios o Formación**

*(A llenar por la sede central o la oficina principal de la iglesia miembro de la FLM)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.1. Información sobre la propuesta de estudios o formación:** | | | | | | | | | |
| Campo de estudios o formación: |  | | | | | | | | |
| Nivel de estudios o formación: | Licenciatura | | | | Maestría | | | Doctorado | |
|  | Otros: |  | | | | | | | |
|  |  | *Especificar* | | | | | | | |
| Lugar de estudios o formación: |  | | | | | | | | |
|  | *Asignatura de estudio o institución de formación, ciudad y país* | | | | | | | | |
|  | Si el grupo planea estudiar o cursar la formación en el extranjero, indicar los motivos. | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |
|  |
| ¿Ya ha sido el grupo admitido ? | | | SÍ | | NO |  | *Si es así, adjuntar copia de la carta de admisión o aceptación.* | | |
| Duración de estudios o formación: | Fecha inicial: | | /    / | | |  | Fecha final prevista: | | /    / |
|  | | *Día/Mes/Año* | | |  |  | | *Día/Mes/Año* |
| **3.2. Costos del programa de estudios o formación:** | | | | | | | | | | |  |
| Enumerar gastos previstos por año para todo el grupo. Si se solicita la beca para un taller, un curso de formación, un programa de intercambio o un proyecto de investigación de menos de un año, enumerar los gastos previstos para todo el período de formación. Sírvanse tomar nota que **las asignaciones fijas para libros y gastos médicos** se pagarán a todas y todos los candidatos aceptados y no tienen que enumerarse aquí. | | | | | | | | | | |  |
| *Rubro de gastos* | | | | *Monto previsto por año, período de formación y divisa* | | | | | | |  |
| Matrícula | | | |  | | | | | | |  |
| Otros gastos en relación con los estudios | | | |  | | | | | | |  |
| Alojamiento (incluidas agua, electricidad, etc.) | | | |  | | | | | | |  |
| Comida | | | |  | | | | | | |  |
| Transporte local | | | |  | | | | | | |  |
| Viaje internacional (si corresponde) | | | |  | | | | | | |  |
| Otro: | | | |  | | | | | | |  |
| Otro: | | | |  | | | | | | |  |
| Otro: | | | |  | | | | | | |  |
| Otro: | | | |  | | | | | | |  |

**4. Datos del Candidato o la Candidata**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.1. Datos personales** | | | | | |
| Nombre y apellido: |  | |  | |  |
| *Nombre(s)* | | | *Apellido(s)* | |
| Sexo: | Masculino | Femenino | |  | |
| Fecha y lugar de nacimiento | /    / | |  | |  |
|  | *Día/Mes/Año* | |  | | *Ciudad y país* |

*(A llenar por cada miembro del grupo)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nacionalidad | |  | | | |  |
| Profesión actual | |  | | | |
| Estado civil | | Soltero/a | Casado/a | Divorciado/a | Viudo/a |
| ¿Tiene necesidades particulares debido a alguna discapacidad o enfermedad?  (Por ejemplo, ayuda de salud, apoyo de otra persona o ambos) | | | | | |
| SÍ | NO | Si es así, especificar: | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.2. Detalles de contacto** | |
| Dirección postal permanente |  |
|  | *Número y calle* |
|  |  |
|  | *Código postal de la ciudad* |
|  |  |
|  | *País* |
| Número de teléfono |  |
| Dirección electrónica |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.3. Formación académica** | | | |
| Educación secundaria:  *Indicar el nombre y el lugar de todos los establecimientos de enseñanza secundaria donde cursó estudios y adjuntar copia de los certificados.* | | | |
| Nombre y lugar del establecimiento | Fecha inicial  *Mes/Año* | Fecha final  *Mes/Año* | Diploma o calificación que obtuvo |
|  | / | / |  |
|  | / | / |  |
| Educación superior:  *Indicar el nombre y el lugar de todas las instituciones, universidades o institutos y adjuntar copia de los certificados.* | | | |
| Nombre y lugar de la institución de estudios | Fecha inicial  *Mes/Año* | Fecha final  *Mes/Año* | Grado académico que se obtuvo |
|  | / | / |  |
|  | / | / |  |
|  | / | / |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.4. Experiencia profesional** | | | | | | |
| Cargo/Nombre del puesto | | Empleador | | Fecha inicial  *Mes/Año* | | Fecha final  *Mes/Año* |
|  | |  | | / | | / |
|  | |  | | / | | / |
|  | |  | | / | | / |
|  | |  | | / | | / |
|  | |  | | / | | / |
| **4.5. Conocimientos lingüísticos** | | | | | | | |
| Idioma | Comprensión | | Expresión oral | | Lectura | |
| *(poner idioma materno)* | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | |
| *(poner idioma adicional)* | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | |
| *(poner idioma adicional)* | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | |
| *(poner idioma adicional)* | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | | Elemental  Buena  Muy buena | |

|  |
| --- |
| **4.6. Participación en la iglesia y motivación:** |
| Breve descripción de los servicios que prestó en el pasado o que presta actualmente en su iglesia (voluntario, voluntaria, integrante de uno o varios comités, etc.). |
|  |
| Explicar qué rol quiere desempeñar en la iglesia y la sociedad, una vez que haya terminado su formación o sus estudios. ¿De qué manera, el campo de formación/estudios propuesto le ayudará a usted a lograrlo? |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.7. Declaración** | | |
| *Declaro que la información contenida en el presente formulario y en todos los documentos adjuntos es verdadera y correcta. Acepto que por los próximos 10 años, la Federación Luterana Mundial recabe y conserve los datos personales que figuran en el presente formulario a fin de gestionar y supervisar proyectos. Asimismo, acepto que mis datos personales no se transmitan a otros personas u organizaciones sin mi autorización, salvo cuando lo exija la ley o sean solicitados por los organismos conexos que apoyan el Programa de becas.* | | |
|  |  |  |
| *Lugar y fecha* |  | *Firma del candidato o la candidate* |

**5. Documentos Adjuntos**

*(A cumplimentar por el candidato o la candidata)*

|  |  |
| --- | --- |
| **A continuación se indican los documentos adjuntos a la solicitud:**  *Marcar las casillas correspondientes.* | |
|  | Copia del pasaporte, documento de identidad o partida de nacimiento |
|  | Copia del certificado más reciente (por ejemplo, certificado de educación secundaria para candidatos/as de licenciatura, certificado de licenciatura para candidatos/as de máster, etc.) |
|  | Carta de admisión/aceptación de la institución propuesta para cursar la formación o los estudios, si ya está disponible |
| **,** | Estructura de la matrícula oficial u otro documento de la institución de estudios propuesta que indique los costos previstos del programa de estudios propuesto |
|  | Otros documentos adjuntos  *Enumerarlos si corresponde.* |
|  |  |
|  |  |