

## **Información personal**

**Nombre legal** (para recibir pago)

**Nombre preferido**

*si es diferente al nombre legal arriba señalado.*

**Pronombres de género**

- Ella
- El
- Ellxs
- Otro:

**Nombre de la persona presentando la solicitud**

*si es diferente al nombre de quien solicita*

**Correo electrónico de la persona presentando la solicitud**

*si es diferente al nombre de quien solicita*

**¿Te identificas con alguna de las siguientes?**

*Por favor marca todas las que aplican:*

- Mujer
- Transgénero
- No conforme al binario de género
- Bajos ingresos (ingreso anual individual por debajo de \$50,000)
- Persona de razas oprimidas

**Dirección postal de la persona que solicita**

**Condado de residencia de la persona que solicita**

- Condado de Los Ángeles
- Condado de San Bernardino
- Condado de Riverside
- Condado de Orange

**Número de teléfono de la persona que solicita**

**Correo electrónico de la persona que solicita**

**Página de internet de la persona que solicita**

**Declaración de artista + Muestras de trabajo**

**Proporciona una breve declaración de artista**

*Máximo 800 caracteres.*

**CV/ Curriculum**

2 páginas máximo. Súbelo como un PDF o documento de Word.

Si presentas una copia impresa de la solicitud vía correo postal, incluye archivos impresos de tu CV o Currículum con la solicitud.

### **Muestras de trabajo**

Reúne no más de 10 muestras de tu trabajo en un solo archivo PDF de no más de 10 páginas y no más pesado de 10 MB. Para sonido/audio/video, proporciona un máximo de 2 vínculos para acceder contenido en línea, no más de 5 minutos en total.

Si presentas una copia impresa de la solicitud vía correo postal, incluye archivos impresos de PDF o contenido sonido/audio/video vía un CD o DVD.

### **Petición de la necesidad relacionada con la salud**

Por favor describe tu necesidad médica, de salud mental o dental. \*

No necesitas revelar información confidencial, pero por favor describe al panel por qué estás aplicando para esta beca. La información relevante puede incluir: cierta explicación de la condición, por cuánto tiempo te ha impactado este problema, por qué es urgente resolverlo, y cómo su costo o cuidado se encuentra fuera de lo que generalmente es accesible para ti. Máximo 1000 caracteres.

### **Cantidad solicitada**

Máximo de \$3,000, la mayoría de las becas serán de entre \$2,000 y \$3,000

**Por favor describe cómo se ve un “día de la vida” para ti actualmente, mientras lidias con el problema médico, de salud mental o dental.**

*Máximo de 1000 caracteres*

**Por favor describe cómo te afecta financieramente el problema relacionado con tu salud**

*Información relevante puede incluir: cómo la necesidad médica, de salud mental o dental ha afectado tu habilidad de vivir, trabajar o crear arte de maneras en las que lo hacías anteriormente. Máximo de 1000 caracteres.*

**Si una beca de \$3,000 no cubre la cantidad total que necesitas para resolver el problema médico, de salud mental o dental que describiste, ¿de qué manera podría ayudarte esta beca a recibir el cuidado que necesitas?**

*Maximo 500 caracteres.*