



SCHOLARSHIP APPLICATION

In order for this application to be considered, you must:

- ✓ Complete the MACC registration form and pay Registration Fee and testing fee (if applicable).
- ✓ If registering for language courses, Hispanic Pastoral Ministry in the 21st Century (previously MP) or Hispanic Pastoral Ministry (HPM).
 - Submit 2 letters of recommendation
 - If you are a member of a religious community, one of the letters must be from the superior of your congregation and one letter must be from the pastor or ministry director.
 - If you are a priest or seminarian, one of the letters must be from your superior and one letter from bishop or his representative.
 - If you are a lay person, letters must be from your pastor and parish or diocese ministry director.
- ✓ If registering for Pastoral Workshop, provide 1 letter of recommendation (from pastor, diocese, or ministry director).

PLEASE NOTE: All scholarships are partial and cover tuition and/or room and board. Priority will be given to applicants who are currently ministering with Hispanic communities in the U.S.

NAME: _____
FIRST NAME LAST NAME M.

ADDRESS: _____
STREET ST ZIP

PHONE: _() CELL:() EMAIL: _____

ARE YOU PRESENTLY MINISTERING IN A HISPANIC COMMUNITY IN THE U.S.? ___ YES ___ NO

PARISH AND DIOCESE:	
NAME OF BISHOP OR PASTOR:	
IS YOUR WORK IN PARISH MINISTRY PAID?	___ YES ___ NO ___ VOLUNTEER
IF YOU WORK FOR AN ORGANIZATION, IS THE ORGANIZATION A 501(c)(3) WHOSE MISSION STATEMENT IS CONSISTANT WITH MACC'S MISSION? (see back)	___ YES ___ NO If yes, explain. (use a separate page)
NAME OF ORGANIZATION:	
SUPERVISOR:	
ADDRESS:	
WORK PHONE:	()
PROGRAM OR WORKSHOP YOU WANT TO ATTEND:	
DATES:	
COST: Tuition:	\$
Room & Board:	\$
Total:	\$
Amount of scholarship you are requesting:	\$
The balance of the cost will be paid by: (give complete name, address, phone)	

On a separate page, please answer the following questions:

1. How and where do you plan to incorporate what you learn from MACC's program into your work?
2. What do you want the scholarship committee to know about your situation as they consider your application for scholarship? Include information about your personal, parish, or diocesan financial situation.

I certify with my signature that all information included in this application is true to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____

SUBMIT APPLICATION TO: MACC SCHOLARSHIP COMMITTEE, 3115 W. Ashby, San Antonio, TX 78228 or fax: 210/732-9072



SOLICITUD DE BECA

Para que se considere su solicitud favor de:

- ✓ Llenar la forma de inscripción y pagar la cuota, y si es aplicable la cuota del examen.
- ✓ Si su inscripción es para cursos de idioma, El Ministerio Hispano en el Siglo XXI (previamente MP) o Pastoral Hispana (HPM).

Envíe 2 cartas de recomendación

- Si es miembro de una congregación religiosa, se requiere una carta del/de la superior/a y una carta del párroco o director de la oficina del apostolado.
- Si es sacerdote o seminarista se requiere una carta de su superior y una del obispo o su representante.
- Si es laico/a, una carta debe ser de su párroco y una del director/a del apostolado de la parroquia o de la diócesis.

- ✓ Si se inscribe para un taller pastoral, envíe una carta de recomendación del párroco, diócesis, o director de apostolado.

NOTA: Todas las becas serán parciales y cubren colegiatura y hospedaje. Se dará prioridad a solicitantes quienes ejercen su apostolado con comunidades hispanas en los Estados Unidos.

NOMBRE: _____
PRIMER NOMBRE APELLIDO

DIRECCIÓN: _____
CALLE ESTADO ZONA

TELÉFONO: (____) _____ CELL:(____) _____ EMAIL: _____

¿ACTUALMENTE EJERCE SU APOSTOLADO EN UNA COMUNIDAD HISPANA EN LOS ESTADOS UNIDOS? ____SI ____NO

PARROQUIA Y DIÓCESIS:	
NOMBRE DE OBISPO O PÁRROCO:	
ES SU TRABAJO PASTORAL POR SUELDO?	____ SI ____ NO ____ VOLUNTARIO
SI TRABAJA POR UNA ORGANIZACIÓN NO LUCRATIVA ¿ES LA ORGANIZACIÓN 501(c)(3) CUYA DECLARACIÓN DE MISIÓN SE CONFORMA AL DE MACC? (vea al reverso)	____ SI ____ NO Si sí, explique. (use una hoja aparte)
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:	
SUPERVISOR:	
DIRECCIÓN:	
NUM. DE TELÉFONO DE TRABAJO:	()
PROGRAMA O TALLER AL QUE SE QUIERE INSCRIBIR:	
FECHAS:	
COSTO: Colegiatura:	\$
Hospedaje:	\$
Total:	\$
Cantidad de beca que desea:	\$
Lo restante del costo se cobrará a: (de nombre, dirección y número de teléfono completo)	

En una hoja separada, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo y dónde piensa incorporar en su trabajo lo que aprende en MACC?
2. ¿Qué más desea que el comité de becas se entere de su situación al considerar su solicitud para una beca? Por favor incluya información referente a la situación financiera de su diócesis, parroquia, congregación o suya.

Certifico que toda la información en esta solicitud es cierta según mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____