

## PREMIO HONORARIO DE SERVICIOS\*

### FORMULARIO DE NOMINACIÓN PARA UNIDADES, CONSEJOS Y DISTRITOS DE PTA

El Comité de Selección Premio Honorario de Servicios solicita la ayuda de los miembros de la PTA/PTSA

\_\_\_\_\_ para escoger a las personas merecedoras de reconocimiento en un evento de PTA/PTSA o en una reunión de la PTA. Para otorgar este premio se podrá considerar a personas u organizaciones nominadas, que hayan contribuido de manera importante al bienestar de los niños o las familias de esta comunidad. Los miembros actuales, directivos y maestros también podrán considerarse para este premio.

\*El programa del Premio Honorario de Servicios, incluye el Premio de Persona Muy Especial (VSP), el Premio Honorario de Servicios (HSA), el Premio al Servicio Continuo (CSA), el Premio del Roble de Oro al Servicio (el premio de mayor honor en California), el Premio Maestro Sobresaliente (OTA), el Premio Administrador Destacado (OAA) y Donaciones en nombre de una persona u organización (Ver *Carpeta de recursos* Programa de Premio Honorario de Servicios (HSA).

### PREMIO HONORARIO DE SERVICIOS

**Especifique la categoría del premio**

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Premio de Persona Muy Especial (VSP) | <input type="checkbox"/> Premio del Roble de Oro al Servicio (GOSA) | <input type="checkbox"/> Donaciones |
| <input type="checkbox"/> Premio Honorario de Servicios (HSA)  | <input type="checkbox"/> Premio Maestro Sobresaliente (OTA)         |                                     |
| <input type="checkbox"/> Premio al Servicio Continuo (CSA)    | <input type="checkbox"/> Premio Administrador Destacado (OAA)       |                                     |

*Use letra de imprenta*

**Nombre de la persona nominada:** \_\_\_\_\_

Título o cargo: \_\_\_\_\_

**Nombre de la organización nominada:** \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Razón de la nominación:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que presenta la nominación:** \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Todas las nominaciones se tomarán en cuenta. El Comité de Selección del HSA escogerá al premiado

Fecha límite para la presentación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Regrese el formulario a:**

PTA/PTSA de \_\_\_\_\_