



**FORMULARIO DE POSTULACION BECA SOCIO-ECONOMICA Y
VULNERABILIDAD
PROCESO AÑO 2021**

- Los formularios debidamente completados y con **documentación completa** se recepcionarán, de manera remota, a través del correo electrónico:

becaslourdesvalpo@gmail.com

- Desde el **martes 1 de septiembre y hasta el sábado 26 de septiembre 2020.**
- Toda información declarada en esta ficha, debe ser acreditada con los siguientes documentos, de lo contrario quedará automáticamente fuera del proceso de postulación.

USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO (NO COMPLETAR)

5.1 Del ingreso familiar:

- 3 últimas liquidaciones de sueldo (dependientes)
- 12 últimas cotizaciones previsionales (dependientes)
- Boletas de honorarios de los últimos 6 meses (independientes)
- Fotocopia del finiquito legalizada (cesantes)
- Fotocopia suspensión del contrato
- Copia libreta bancaria, en donde figuren los 6 últimos meses como mínimo, acompañada de la resolución judicial que dictamina la pensión (pensión alimenticia)

5.2 De la vivienda

- Propia: certificado avalúo fiscal
- Certificado de residencia
- Último pago de dividendo
- Arrendatario: copia contrato de arriendo y último pago de mes de arriendo
- Cedida, usufructo, allegados; declaración notarial efectuada por la persona que cede el lugar sin costo.

5.3 De los vehículos

- Permiso de circulación o certificado de dominio

5.4 De los Estudiantes del grupo familiar (se excluye al Estudiante de nuestro Colegio)

- Comprobante de matrícula o certificado de alumno regular
- Copia del pago de la última mensualidad
- Acreditar el porcentaje de beca o crédito de la Educación Superior

5.5 De los gastos

- Copia de la boleta del último mes de agua y luz respectivamente
- Certificados médicos, recetas, boletas de medicamentos y todo documento que acredite situación médica, si corresponde
- Certificar deudas de importancia: préstamos bancarios, financieras, órdenes de embargo y/o remate, casa comerciales, tarjetas de crédito.

5.6 De los beneficios

- Registro Social de hogares



**(ANTES DE LLENAR ESTA FICHA, TENGA A BIEN LEERLA
COMPLETAMENTE)**

MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA

<input type="checkbox"/>	POSTULANTE	<input type="checkbox"/>	RENOVANTE
--------------------------	-------------------	--------------------------	------------------

1.- ANTECEDENTES DEL POSTULANTE O LOS POSTULANTES (DATOS DEL ALUMNO)

NOMBRE COMPLETO	RUT	CURSO	DIRECCIÓN Y TELÉFONO

2.- ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR (ANTECEDENTES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SE EXCLUYE AL O LOS ESTUDIANTES)

NOMBRE COMPLETO Y EDAD	RUT	PARENTESCO	PROFESIÓN/ OFICIO O ACTIVIDAD	PREVISIÓN SOCIAL/PREVISIÓN DE SALUD (*)

(*) PREVISIÓN SOCIAL: CORRESPONDE A AFILIACIÓN A AFP, IPS, CAPREDENA, DIPRECA, ETC.

(*) PREVISIÓN DE SALUD: CORRESPONDE A FONASA O ISAPRE.

3.- SITUACIÓN DE LOS PADRES (MARCAR CON UNA X)

1	AMBOS FALLECIDOS	5	CONVIVIENTES
2	MADRE VIUDA	6	SEPARADOS
3	PADRE VIUDO	7	ANULADOS/DIVORCIADOS
4	CASADOS	8	NUNCA SE CASARON NI CONVIVIERON

4.- EL O LA ESTUDIANTE VIVE CON: (MARCAR CON UNA X)

1	AMBOS PADRES	3	CON LA MADRE
2	CON EL PADRE	4	OTROS (ESPECIFIQUE):

5.- IDENTIFIQUE AL PADRE O MADRE QUE NO COMPONE EL GRUPO FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN/OFICIO O ACTIVIDAD	DIRECCIÓN Y TELÉFONO

6.- INGRESOS (IDENTIFIQUE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PERCIBEN INGRESOS, CANTIDAD Y MARCAR CON X EL CONCEPTO POR EL CUAL PERCIBE EL INGRESO)



NOMBRE COMPLETO	MONTO INGRESO	R	H	A.B.R.	P	P.A.	O

R: REMUNERACIÓN H: HONORARIOS A.B.R.: ARRIENDO DE BIEN RAÍZ
P: PENSIÓN P.A.: PENSIÓN DE ALIMENTOS O: OTROS

7.- EGRESOS (IDENTIFIQUE LOS GASTOS DEL GRUPO FAMILIAR)

A) SERVICIOS BÁSICOS

SERVICIO	MONTO	SERVICIO	MONTO
ALIMENTACIÓN		GAS	
LUZ ELÉCTRICA		TELÉFONO	
AGUA POTABLE		CABLE/INTERNET	

B) CARGA FINANCIERA (MARCAR CON UNA X TODAS LAS QUE CORRESPONDAN Y DETALLAR)

X	TIPO DE CREDITO	INSTITUCIÓN ACREEDORA	MONTO TOTAL CRÉDITO	MONTO O CUOTA	PLAZO DE PAGO Y AÑO DE TÉRMINO
	CRÉDITO CONSUMO (BANCARIO O CASA COMERCIAL)				
	CRÉDITO HABITACIONAL				
	CRÉDITO MICROEMPRESARIAL				
	CRÉDITO EDUCACIONAL				
	OTROS				



C) GASTOS EDUCACIONALES (MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA Y DETALLAR)

X	TIPO DE GASTOS	MONTO
	MENSUALIDAD JARDIN INFANTIL	
	MENSUALIDAD COLEGIO	
	MENSUALIDAD UNIVERSIDAD	
	MENSUALIDAD INSTITUTO	
	MENSUALIDAD OTROS (CONSERVATORIO, ACADEMIA, ETC)	
	TRANSPORTE	
	COLACIÓN	
	MATERIALES	
	OTROS	

D) ENFERMEDADES Y GASTOS MÉDICOS (MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA Y DETALLAR)

D.1)

X	FAMILIAR ENFERMO
	MADRE DETALLE ENFERMEDAD:
	PADRE DETALLE ENFERMEDAD:
	ABUELOS DETALLE ENFERMEDAD:
	HERMANO/A DETALLE ENFERMEDAD:
	OTROS ¿Quién O QUIENES?: DETALLE ENFERMEDAD:

D.2) GASTOS MEDICOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR (SUME TODOS LOS GASTOS MEDICOS POR CADA ÍTEM SEGÚN CORRESPONDA E INGRESE EL MONTO TOTAL DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O CRÓNICAS)

X	TIPO DE GASTO	MONTO TOTAL
	CONSULTAS MEDICAS	
	MEDICAMENTOS	
	EXAMENES MEDICOS	
	TRATAMIENTOS	
	EQUIPAMIENTO MÉDICO	

8.- SITUACION HABITACIONAL (MARCAR CON UNA X)

1	PROPIETARIO DE VIVIENDA PAGADA	
2	PROPIETARIO DE VIVIENDA EN PAGO	MONTO DIVIDENDO \$
3	ARRENDATARIO	MONTO ARRIENDO \$
4	USUFRUCTUARIO/VIVIENDA CEDIDA	
5	ALLEGADOS	



EN CASO DE MARCAR LOS N° 3,4 Y 5, INDICAR LOS DATOS DEL PROPIETARIO DE LA VIVIENDA

NOMBRE COMPLETO	RUT	DIRECCIÓN	TELÉFONO

9.- BIENES DEL GRUPO FAMILIAR (MARCAR CON UNA X)

1	BIEN RAÍZ	4	ACCIONES
2	VEHÍCULO	5	SOCIEDAD COMERCIAL
3	LOCAL COMERCIAL	6	CUENTAS BANCARIAS

10.- ARGUMENTACIÓN (DETALLE EN BREVES PALABRAS, SUS RAZONES PARA SOLICITAR LA BECA):

11. ¿CUÁNTO ES LO QUE USTED PUEDE PAGAR COMO CONCEPTO DE MENSUALIDAD DURANTE EL AÑO 2021? (EN PORCENTAJE) _____

DECLARACIÓN:

<p>1.- Declaro estar informado/a de las condiciones establecidas para postular al beneficio de beca para mi hijo/a.</p> <p>2.- Declaro que la información consignada en este formulario es verídica y estoy informado/a de las medidas a las cuales me expongo en caso de lo contrario.</p> <p>3.- Se confiere mandato expreso a la institución para solicitar de las entidades correspondientes, los antecedentes necesarios para revisar y comprobar los datos entregados en esta postulación.</p> <p>4.- Autorizo a un representante del colegio (acreditado), para realizar visita domiciliaria y corroborar la información declarada en este formulario, si correspondiere.</p>	<p>FIRMA DEL APODERADO(A) _____</p> <p>FECHA: ____/____/____</p>
--	--