RESULTADO
❑ OTORGADA
❑ NO OTORGADA

PORCENTAJE DE BECA OTORGADO:

FORMULARIO DE SOLICITUD
BECA FINANCIAMIENTO COMPARTIDO 2024.

NOMBRE APODERADO RESPONSABLE: .....
C.I: .....
domicilio.....
Comuna: ..... Teléfono: .....
Correo electrónico.....

- **(El responsable económico del estudiante que postula debe ser el mismo que figura como tal en el contrato de prestación de servicios educacionales que se firma al momento de matricular.)**

1. IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO POSTULANTE:(un formulario por cada postulante)

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Nº de Cédula de Identidad	Curso 2023	Año de ingreso al colegio

2. ANTECEDENTES GRUPO FAMILIAR

Marque con una (X) en la casilla correspondiente la situación Ocupacional de la madre y del padre del/las estudiantes los últimos 6 meses. La situación del Jefe/a sólo se registra cuando el padre o la madre no asuman este rol.

¿Cuál es la ocupación...	Se encuentra cesante	Empleador/a o Patrón/a	Asalariado/a del Sector Privado (Empleado/a, Obrero/a, Jornalero/a)	Asalariado/a del sector Público	Personal de Servicio Doméstico Puertas a Dentro	Personal de Servicio Doméstico Puertas a Fuera	Trabajo Personal o Familiar no Remunerado	Jubilado o Pensionado	Dueña de Casa	Estudiante	No sabe
De la madre?											
Del padre?											
Del/la jefe/a de la familia?											

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR QUE PRESENTAN INGRESO ECONÓMICO, INCLUIDA PENSIONES.

Nº	Nombre	Parentesco	Actividad que realiza	Monto de remuneración	Hasta que curso estudió.

3. ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.

Señale con una cruz el casillero que corresponda	Padre	Madre	Abuelo	Abuela	Hermano/a	Tío	Tía	Otro Familiar	Otro No familiar
Con quién vive el /la estudiante?									
Qué integrante de la familia es el jefe de hogar?									
Número de personas incluido/a el/ la estudiante, que viven en el hogar.									

Anote todas las personas que componen el grupo familiar.

En ingreso mensual debe anotar el sueldo líquido más los descuentos por préstamos, sindicatos, seguros voluntarios, anticipos de sueldo, cuota club deportivo, cuota supermercado, cuota farmacia u otro tipo de descuento que en la liquidación de remuneración sea descontado como gasto voluntario. Justificar ingresos de todos los integrantes con la fotocopia de las liquidaciones de sueldo, liquidación de pensión correspondiente, pago de licencia médica, etc.

Nº	NOMBRE	PARENTESCO CON ALUMNO (A)	EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	ACTIVIDAD QUE REALIZA	INGRESO MENSUAL TOTAL
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							

4. VIVIENDA:

A) PROPIA ☐
B) ADQUIRIENTE ☐ → : DIVIDENDO $ (documentar con fotocopia)
C) ARRENDATARIO ☐ → PAGO MENSUAL: $ (documentar con fotocopia)
D) ALLEGADO:
E) OTRO

5. TENENCIA DE BIEN RAIZ

A) Vehículo sí ☐ no ☐ B) Arriendo de alguna propiedad casa/depto. sí ☐ no ☐

* En caso que usted tenga alguna propiedad por la cual percibe un arriendo, presentar fotocopia de arriendo y comprobante de pago de éste.

6. SALUD: Indique nombre y parentesco con alumnos, tipo de enfermedad catastrófica de algún miembro del grupo familiar y adjunte certificado médico actualizado al mes de su postulación a beca. Adjunte una carta a mano o computador donde explique los gastos en los que incurre por motivo de esta enfermedad y el centro médico en el que se atiende la persona afectada (hospital, clínica, consultorio).

Nº	Nombre enfermo(a)	Diagnóstico	¿Cuánto tiempo enfermo?	Gastos por enfermedad

7. GASTOS: **Declaración Jurada Simple**

(No requiere autorización notarial)

Nombre Jefe de Familia: _____

En mi calidad de jefe de hogar, señalo que los gastos generados en mi hogar durante un mes normal son los siguientes:

Consumo de Agua	$
Consumo de electricidad	$
Consumo de gas, parafina y otros combustibles (no incluye bencina)	$
Arriendo	$
Dividendo	$
Contribuciones	$
Gastos comunes, derechos de aseo/ otros	$
Teléfono fijo, TV cable, internet.	$
Transporte (locomoción colectiva, bencina, petróleo)	$

Celular (plan, tarjeta prepago, recarga)	$
Pago pensión alimenticia u otro aporte	$
Supermercado	$
Almacén (pan, colaciones bebidas, etc.)	$
Feria o mercado	$
Educación (transporte escolar, aranceles, mensualidades)	$
Salud (medicamentos, co-pagos no cubiertos por FONASA)	$
Pago de algún crédito o deuda.	$

Total Gastos: _____

DECLARACIÓN DE VERACIDAD

Yo.....
C.I.....
Apoderado de.....
del..... Año de Enseñanza .....,En este acto declaro conocer el Reglamento Interno del Establecimiento, en particular lo relativo a Becas de Escolaridad Financiamiento Compartido, aceptando atenerme a sus disposiciones y los resultados de la selección ;señalo que el contenido de esta ficha como **los documentos probatorios que la acompañan** son reflejos fiel de la realidad socioeconómica de mi grupo familiar y les otorgo el carácter de "DECLARACIÓN JURADA" en términos y alcances que la Legislación vigente le otorga a dicho instrumento..

FIRMA DEL DECLARANTE: _____

San Bernardo, _____ de _____ 2023

PLAZO MÁXIMO DE ENTREGA DE ESTE FORMULARIO: VIERNES 03 DE NOVIEMBRE 2023; EN SECRETARIA DEL COLEGIO EN SU HORARIO DE ATENCIÓN