

**RESULTADO**

- ☐ OTORGADA
☐ NO OTORGADA

FORMULARIO DE SOLICITUD
BECA FINANCIAMIENTO COMPARTIDO 2026

NOMBRE APODERADO RESPONSABLE: _____

C. I.: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____ **Comuna:** _____

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:

Nombre: _____

C.I.: _____ **Curso:** _____ (2025)

Año de ingreso al establecimiento: _____

2. ANTECEDENTES GRUPO FAMILIAR

Indique 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.

MADRE.

Ocupación: _____ (Cesante, empleador(a), empleado(a), obrero(a), Independiente, Jubilado(a), dueña de casa, estudiante, no sabe.

PADRE.

Ocupación: _____ (Cesante, empleador(a), empleado(a), obrero(a), Independiente, Jubilado(a), dueña de casa, estudiante, no sabe.

JEFE(A) DE HOGAR.

Ocupación: _____ (Cesante, empleador(a), empleado(a), obrero(a), Independiente, Jubilado(a), dueña de casa, estudiante, no sabe.

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

Nº	Nombre	Parentesco	Actividad	Monto de remuneración
1				
2				
3				
4				
5				

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.									

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
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

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) B) Arriendo de alguna propiedad casa/dpto. 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).

.- NOMBRE DEL ENFERMO(A): _____

.- PARENTESCO: _____ DIAGNÓSTICO: _____

.- ¿CUANTO 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	\$: _____	Celular (plan, tarjeta prepago, recarga)	\$: _____
Consumo de electricidad	\$: _____	Pago pensión alimenticia u otro aporte	\$: _____
Consumo de gas, parafina y otros combustible (no incluye bencina)	\$: _____	Almacén (pan, colaciones, bebidas, etc.)	\$: _____
Arriendo	\$: _____	Supermercado	\$: _____
Dividendo	\$: _____	Feria o mercado	\$: _____
Contribuciones	\$: _____	Educación (transporte escolar, aranceles, mensuales)	\$: _____
Gastos comunes, derechos de aseo /otros	\$: _____	Salud (medicamentos, co-pago no cubiertos por FONASA)	\$: _____
Teléfono fijo, TV cable, internet.	\$: _____	Pago de algún crédito o deuda	\$: _____
Transporte (locomoción colectiva, bencina, petróleo	\$: _____		
		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 socio-económica 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 _____ 2025