Colegio Aconcagua

Departamento Social

SOLICITUD DE BENEFICIO

BECAS.

N° R:
Fecha de Entrega: _____/_____/_____

AÑO: _____

Primera vez:
Renovación:

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre completo:					
Cédula de Indentidad		**Fecha de nacimiento:**		**Nacionalidad:**	
Edad :		**Sexo:**	**M**	**F**	
Domicilio actual :					
Curso :					
Viene de colegios anteriores?		**De donde?**			
Correo electrónico:					
NOTA:	**Repetir pág, si hay dos o más estudiantes.**				

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Nombre completo de la madre:					
Cédula de Indentidad		**Edad:**		**Estado civil:**	
Nivel educacional:		**Profesión u oficio:**			
***Situación laboral :**	**Contrato a plazo fijo**		**Contrato indefinido**		
	Contrato por obra o faena		**Contrato de trabajo especiales**		
Ocupación actual:					
Ingresos mensuales:		**Asignación mensual al estudiante:**			
Sistema previsional :	**Isapre:**	**Fonasa (indique letra)**		**Sin previsión**	
Dirección actual:					
Fono:					
Correo electrónico:					

Colegio Aconcagua

Departamento Social

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE

Nombre completo del padre:					
Cédula de Indentidad		**Edad:**		**Estado civil:**	
Nivel educacional:		**Profesión u oficio:**			
***Situación laboral :**	**Contrato a plazo fijo**		**Contrato indefinido**		
	Contrato por obra o faena		**Contrato de trabajo especiales**		
Ocupación actual:					
Ingresos mensuales:		**Asignación mensual al estudiante:**			
Sistema previsional :	**Isapre:**		**Fonasa (indique letra)**	**Sin previsión**	
Dirección actual:					
Fono:					
Correo electrónico:					

PRESUPUESTO GRUPO FAMILIAR

INGRESOS MENSUALES DE AMBOS APODERADOS	Totales	EGRESOS MENSUALES	Totales
Ayuda de familiar:		**Pago de arriendo:**	
Pensión de alimentos:		**Alimentación:**	
Subsidio Familiar:		**Trasporte (uso de autobús escolar, otros):**	
Bono Mujer Empresa:		**Educación(mensualidad de colegio y/o de Universidad de hijos o en sus efectos padre o madre que vive con el Alumno u se encuentre estudiando en la Educación Superior**	
Bono Chile Solidario :		**Salud (diagnostico médico con tratamiento a seguir, receta)**	
Otros:		**Varios (cuota de crédito de consumo, casas comerciales, tarjeta de crédito, etc. Adjuntar respaldo)**	
TOTAL		**TOTAL**	

Colegio Aconcagua

Departamento Social

SITUACIÓN DE VIVIENDA

Marque con una cruz cuando corresponda
Vivienda de los padres:
TIPO: **Quinta** ☐ **Casa** ☐ **Departamento** ☐
TENENCIA: La casa que usted habita es : **Propia** ☐ **Arrendada** ☐ **Allegada** ☐
Opción a compra o hipotecada: ☐
● **De no ser propia cuanto paga:**
● **De ser allegada declarar con quien vive:**

ANTECEDENTES DE SALUD

Marque con una cruz cuando corresponda ☐
Si existe algún miembro de la familia que padezca algún tipo de enfermedad crónica y/o severa Indicar el diagnostico: (respaldo del Certificado Médico)

IDENTIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR

Apellidos y Nombres	Parentesco	Edad	Estado Civil	Ocupación	Vive en el hogar SI	Vive en el hogar NO	Ocupación
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Colegio Aconcagua

Departamento Social

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

SI CONSIDERA NECESARIO AGREGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA ESCRIBA EN ESTE ESPACIO:

*Quien suscribe, declara bajo fe de juramento que todos los datos que aparecen en esta solicitud Son verdaderos.
*La falsedad de los datos suministrados por el Apoderado, es motivo suficiente para negar la solicitud De beca y para suspender cualquier otro tipo de beneficio.
*Esta solicitud no garantiza el otorgamiento de la beca.
Deberá adjuntar los respaldos correspondientes a cada una de la información entregada

_____

Firma y Fecha