



FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECAS 2018	N° Folio			
	Retiro			2017
	Entrega			2017
	Fecha	día	mes	año
IMPORTANTE: LLENE ESTA FICHA CON LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE				

DATOS DEL ALUMNO(A) POSTULANTE							
Nombre completo							
	Nombres			Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de Nacimiento				RUN	-		
	Día	Mes	Año				
Dirección							
Comuna							
Curso 2016		E.Parv.		E.Bás.		E.Med.	
Sist. De Salud	ISAPRE			FONASA (indique letra)		Sin Previsión	

DATOS DEL APODERADO							
Nombre completo							
	Nombres			Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de Nacimiento				Estado Civil	RUN	-	
	Día	Mes	Año				
Dirección							
Comuna							
E-mail							
N° teléfono domicilio			N° teléfono trabajo			N° teléfono celular	
Parentesco con el postulante							

DATOS GRUPO FAMILIAR			
Dependencia familiar del alumno(a)			
Vive con ambos padres	<input type="checkbox"/>	Vive con un familiar (especifique)	
Vive con su Madre	<input type="checkbox"/>	Vive con otra persona que tiene su tuición legal (especifique)	
Vive con su Padre	<input type="checkbox"/>		
Situación escolar de los hermanos			
N° de hermanos en educación parvularia			
N° de hermanos en educación básica			
N° de hermanos en educación media			
N° de hermanos en educación superior			
N° de hermanos que no estudian			



Hermanos en el colegio		
NIVEL	Cantidad	Cursos
Educación parvularia		
Educación básica		
Educación media		

INGRESOS GRUPO FAMILIAR			
Personas que trabajan en el grupo familiar			
Marque X	Parentesco	Ocupación	Ingresos mensuales percibidos
	El padre		
	La madre		
	Hermanos		
	Otro:		
	Otro:		
	Otro:		
Total ingresos grupo familiar			

GASTOS GRUPO FAMILIAR	
El grupo familiar posee deudas y/o paga dividendos hipotecarios: (Ingreso mínimo \$ 270.000)	
Paga hasta 1 ingreso mínimo	
Paga entre 1 y 2 ingresos mínimos	
Paga más de 2 ingresos mínimos	
Gastos familiares mensuales	
Alimentación	
Dividendo o arriendo (adjuntar comprobante)	
Electricidad (adjuntar último recibo)	
Agua potable (adjuntar último recibo)	
Gas (adjuntar último recibo)	
Teléfono fijo, TV cable, Internet (adjuntar último recibo)	
Teléfonos móvil (adjuntar último recibo)	
Movilización	
Educación (adjuntar comprobantes)	
Salud (diagnóstico médico con tratamiento a seguir, receta debe indicar si es permanente, etc).	
Deudas (cuotas créditos de consumo, casas comerciales, tarjetas de crédito, etc., con su respectivo comprobante de pago).	
TOTAL	



BIENES DEL GRUPO FAMILIAR				
El grupo familiar vive en casa				
Propia (indique valor dividendo)		Cedida		
Arrendada (indique valor del arriendo)		Allegados		
El grupo familiar posee vehículo				
NO		Marca		Avalúo fiscal
SÍ		Modelo		Uso particular
		Año		Uso laboral

SALUD DEL GRUPO FAMILIAR	
Marque y complete lo que corresponda	
<input type="checkbox"/>	Sin problemas de salud en el grupo familiar.
<input type="checkbox"/>	Con problemas de salud de algún miembro de la familia (especificar)
<input type="checkbox"/>	Enfermos crónicos o terminal en el grupo familiar (especificar)

MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Declaro pleno conocimiento de la normativa de este beneficio expresada en su Reglamento y que los datos proporcionados en este formulario son fidedignos.

Nombre Apoderado(a)	Cedula Identidad	Firma

San Bernardo, _____