

**FORMULARIO POSTULACION BECA SOCIOECONÓMICA**

**AÑO 2024**

**COLEGIO SAN PEDRO NOLASCO VITACURA**

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DETALLADAS AL FINAL DEL FORMULARIO, PREVIO LLENADO.**

**1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE POR EL CUAL SOLICITA BECA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |

**RUT APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**CURSO QUE CURSARÁ EL AÑO 2024 AÑO INGRESO CELULAR APODERADO TEL. FIJO APODERADO CORREO ELECTRÓNICO APODERADO**

**DOMICILIO GRUPO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**AVENIDA, CALLE O PASAJE Nº DEPTO COMUNA REGIÓN**

**2.- ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR (EXCLUYA AL ALUMNO)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **NOMBRE COMPLETO** | **ESTADO CIVIL** | **EDAD** | **PARENTESCO** | **NIVEL EDUCACIONAL** | **ACTIVIDAD ACTUAL/OFICIO** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |

**3.- SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DE HOGAR: Activo Pensionado/jubilado Cesante**

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 3** |  |

(USO INTERNO)

**4.- EL ALUMNO RESIDE CON: Ambos Padres: Sólo Padre o Madre: Otros: Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 4** |  |

(USO INTERNO

**5.- INGRESO GRUPO FAMILIAR (ANOTE EL INGRESO MENSUAL DE CADA INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR (REVISE INSTRUCTIVO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **NOMBRE** | **REMUNERACION Y/O PENSIÓN** | **HONORARIOS** | **PENSION**  **ALIMENTICIA Y/O APORTES DE TERCEROS** | **RETIROS UTILIDADES EMPRESAS** | **OTROS**  **INGRESOS Y/O ACTIVIDADES VARIAS** | **TOTAL** |
| **1** |  | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** |
| **2** |  | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** |
| **3** |  | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 5** |  |

(USO INTERNO)

**6.- GASTO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTACIÓN** | **ARRIENDO**  **O**  **DIVIDENDO** | **SERVICIOS BÁSICOS (AGUA LUZ. GAS, TELEFONÍA, INTERNET, ETC.)** | **MOVILIZACION (COMBUSTIBLE, TAG, TRANSPORTE PÚBLICO, TRANSPORTE ESCOLAR)** | **EDUCACION (COLEGIO Y UNIVERSIDAD)** | **DEUDAS** | **VARIOS (NOMBRAR Y PONER VALOR)** | **TOTAL** |
| **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 6** |  |

(USO INTERNO)

**7.- ANTECEDENTES DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR (REGISTRAR SÓLO ENFERMEDADES CATASTROFICAS QUE DEMANDEN ALTO COSTO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **DIAGNOSTICO** | **GASTO MENSUAL** |
|  |  | **$** |
|  |  | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 7** |  |

(USO INTERNO)

**8.- DISCAPACIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA, TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD?** | **SÍ** | **NO** | **DIAGNÓSTICO** |  | **COSTO MENSUAL APROX.**  **TRATAMIENTO** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 8** |  |

(USO INTERNO)

**9.- PROPIEDADES DE BIENES RAICES**

**MARQUE EL TIPO DE VIVIENDA QUE OCUPA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPIETARIO (Vivienda pagada)** |  |  | **REGISTRA MÁS DE UNA VIVIENDA:** |  |  |
| **ADQUIRIENTE (Vivienda en pago)** |  | **\_\_\_\_SI \_\_\_\_NO** |  |  |
| **ARRENDATARIO** |  |  |  |  |
| **USUFRUCTUARIO** |  |  |  |  |
| **ALLEGADO** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 9** |  |

(USO INTERNO)

**10.- TENENCIA DE VEHÍCULOS (MARQUE SEGÚN CORRESPONDA)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  |  | **REGISTRA MÁS DE UN VEHÍCULO:** |  |  |  |
| **NO** |  | **\_\_\_\_SI \_\_\_\_NO** |  |  |  |
| **US0 PARTICULAR** |  |  |  |  |  |
| **USO COMERCIAL** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUNTAJE SECCIÓN 10** |  |

(USO INTERNO)

**11.- TUVO BECA INTERNA DEL COLEGIO EL AÑO 2023: \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO. SI RESPONDIÓ SI, FAVOR ÍNDIQUE PORCENTAJE OBTENIDO: \_\_\_\_\_%**

**12.- TIENE MAS DE UN HIJO (A) ESTUDIANDO EN EL MISMO COLEGIO SAN PEDRO NOLASCO:**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_SI \_\_\_\_NO** |
|  |

**SI DESEA DEJAR ALGUNA OBSERVACIÓN A CONSIDERAR, POR FAVOR REGÍSTRELA AQUÍ:**



**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE EL SIGUIENTE INSTRUCTIVO**

**INSTRUCCIONES GENERALES**

* Debe completar formulario en **Word** y subirlo como documento adjunto.
* Todos los documentos requeridos deberán venir escaneados o fotografía legible.
* El Formulario debe ser llenado por el Jefe del grupo familiar y/o apoderado del estudiante, quien también es responsable de lo que informa.

**INSTRUCCIONES DE LLENADO**

1. **Antecedentes del estudiante**

Se debe identificar al estudiante por el cual se está solicitando el beneficio.

1. **Antecedentes del Grupo Familiar**

Incluir a todos los integrantes de la familia que residen en el mismo domicilio del estudiante

1. **Ingreso mensual de cada integrante del grupo familiar**

Ocupar como referencia el promedio de los tres últimos meses anterior a la postulación.

1. **Gasto mensual del grupo familiar**

Se debe adjuntar los documentos de los gastos mensuales, para respaldar lo informado. De lo contrario, hacer declaración jurada simple de los gastos que presenta y no pueda documentar.

1. **Antecedentes de salud del grupo familiar**

Se debe informar sólo aquellas personas que tengan algún problema de salud de alto costo, y que viven en el mismo hogar del postulante. Se pueden incluir gastos de seguros catastróficos y enfermedades terminales.

1. **Discapacidad**

Sólo si están inscritas en el RND (Registro Nacional de Discapacidad).

**DOCUMENTOS DE RESPALDO REQUERIDOS**

**Se debe adjuntar:**

* Último recibo de arriendo y/o dividendo, según corresponda y de acuerdo al número de viviendas que registró en formulario. En caso de ser usufructuario o allegado, debe adjuntar carta simple del propietario de la vivienda, donde certifique lo anterior.
* Certificado médico que acredite enfermedad de alto costo y boletas/recetas que considere necesario presentar, según diagnóstico estipulado en certificado médico.
* Si algún miembro del grupo familiar presenta alguna discapacidad, presentar documento que lo acredite.
* Documentos que respalden nivel de endeudamiento del grupo familiar (gastos).
* Para acreditar ingresos, según situación se debe presentar, según su situación:
* Liquidaciones de remuneraciones de los 3 últimos meses de todos los miembros del grupo familiar que trabajen de manera dependiente.
* Comprobante de pensión o jubilación del último mes, según corresponda.
* En caso de cesantía, adjuntar finiquito y certificado de cotizaciones de la AFP de los últimos 12 meses.
* En caso de estar recibiendo seguro de cesantía, presentar comprobante del último pago.
* Trabajadores independientes:
* Formulario 22 año tributario 2023 y declaración jurada simple de ingreso promedio mensual o certificado emitido por contador.
* Informe anual de boletas de honorarios electrónicas, emitido por [www.sii.cl](http://www.sii.cl) o copia de las boletas correspondientes a los últimos tres meses (correlativas).
* Otras actividades no incluidas en las opciones anteriores, adjuntar declaración jurada simple de ingresos mensuales.
* Puede presentar algún otro documento que considere necesario.