



# FORMULARIO POSTULACIÓN BECAS 2017

N° Expediente

<b>I IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO</b>				
Nombre completo:	Sexo: M F	Edad:	Curso:	Año de ingreso al Colegio:
Domicilio:	Comuna:		Fono:	
El/la niño(a) vive con:	Ambos padres <input type="checkbox"/>	Solo Padre <input type="checkbox"/>	Solo Madre <input type="checkbox"/>	Abuelo/a <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/> con uno de sus padres pero con ayuda económica de: .....				

<b>II IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR</b>				
Nombre completo:	Parentesco:	Rut:		
Domicilio:	Comuna:	Teléfono(s):	Correo electrónico:	
Profesión:	Lugar de Trabajo:	Cargo:	Antigüedad:	Fono:
Remuneración bruta:				

<b>III IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA</b>				
Padre:	Edad:	Estado Civil:	Rut:	Domicilio:
Fono:	Profesión/Actividad:	Lugar de Trabajo:		Fono:
Cargo:	Antigüedad:	Remuneración Bruta:		
Madre:	Edad:	Estado Civil:	Rut:	Domicilio:
Fono:	Profesión/Actividad:	Lugar de Trabajo:		Fono:
Cargo:	Antigüedad:	Remuneración Bruta:		

<b>IV INDIVIDUALIZACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR</b>				
Hijos:	Estudia	Institución	Curso	Mensualidad (\$)
Otros Integrantes del Grupo Familiar:				
Parentesco:				
N° de integrantes del grupo familiar que trabajan:				
Otros ingresos				

Nombres	Apellidos	Edad	Actividad	Ingreso Bruto	Parentesco
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	

<b>V DATOS DE LA VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR (Marque Con X)</b>					
Casa: <input type="checkbox"/>	Departamento: <input type="checkbox"/>	Propietario: <input type="checkbox"/>	Arrendatario: <input type="checkbox"/>	Allegado: <input type="checkbox"/>	
Si es propietario - Fecha de compra:			Valor aproximado en UF:		

<b>VI OTROS DATOS DE INTERÉS</b>				
A cargo del Jefe de Hogar, ¿existe algún miembro de la familia con enfermedad catastrófica?				
Parentesco:	Enfermedad:			
El colegio le asignó beca o rebaja en la escolaridad del año anterior:			SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Motivo:	Monto de rebaja:			

Declaro bajo juramento que los datos entregados se ajustan a la verdad, que aceptaré la anulación o no entrega del beneficio en caso de comprobación de falsedad en la información y autorizo al Colegio a que verifique la autenticidad de la información que entrego.

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

Los padres y apoderados deberán presentar junto con el formulario, la siguiente documentación:

		Verificación de Documentos Recibidos
a.	Identificación: Fotocopia de la Cédula de Identidad por ambos lados de <b>todos</b> los integrantes del grupo familiar, o en su defecto Certificado de Nacimiento.	
b.	Tres últimas liquidaciones (original) de remuneración de todas las personas que trabajan en el grupo familiar. En caso de los integrantes que sean pensionados o jubilados deben adjuntar las tres últimas colillas de pago.	
c.	En caso de cesantía, finiquito de último empleador.	
d.	Certificado de Cotizaciones Previsionales (AFP) de los últimos seis meses (original).	
e.	Independientes: último impuesto a la renta presentada al SII, y/o Certificado notarial que acredite situación laboral (según sea el caso).	
f.	Honorarios: Resumen de boletas del año 2016.	
g.	<b>Vivienda:</b> Propietarios: Certificado de avalúo fiscal. Deudor: Comprobante pago de dividendos (junio, julio y agosto). Arrendatario: Comprobante pago de arriendo (junio, julio y agosto).	
j.	Allegados: Declaración jurada ante notario.	
k.	Educación: Alumnos estudiando en otro Establecimiento Educacional y/o Educación Superior: Certificado de alumno regular.	
l.	Certificado médico que acredite enfermedad de algún miembro del grupo familiar, por tratamiento costoso de salud, o por discapacidad.	
m.	En caso de que algún miembro del grupo familiar presenta una o más de las siguientes condiciones: alcoholismo, drogadicción, embarazo adolescente, anorexia, bulimia, depresión, enfermedad crónica, enfermedad terminal, etc. Presentar informe social proporcionado por la entidad correspondiente.	
n.	En caso de discapacidad, presentar uno de los siguientes documentos: 1. Resolución médica de invalidez del COMPIN. 2. Inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad. 3. Credencial de Discapacidad emitida por el Registro Civil.	
o.	Si el menor está al cuidado de <b>uno</b> de los padres o familia extensa (abuelo(a), Bisabuelo(a)) presentar declaración jurada ante notario.	
p.	En el caso de padres separados, presentar certificado de residencia del padre que no vive con el/la menor.	
q.	Gastos: adjuntar boletas de pago, por ejemplo: Teléfono, gas, luz, agua, TV cable, celular, transporte escolar, Internet, colegiaturas, Educación Superior y/o boletas de pago que acrediten otros gastos.	
r.	En el caso de pertenecer a la Red de Protección Chile Solidario (Puente, IEF, Vínculo, Calle u otro), presentar FUD (Formulario Único de Derivación)	
s.	Embarazo: Para embarazadas, presentar uno de los siguientes documentos: 1. Fotocopia control de embarazo. 2. Certificado médico respectivo.	

**El plazo máximo para la postulación a becas será hasta el 30 de septiembre de 2016.**

**No se recepcionarán postulaciones posteriores a la fecha indicada.**

El Colegio se reserva el derecho de verificar en el domicilio del alumno, con el apoyo de la asistente social o medios disponibles, la veracidad de los datos aportados en el formulario de postulación. El apoderado, por el solo hecho de postular, acepta desde ya entrevista en su hogar o Colegio con la Asistente Social y su grupo familiar en caso de ser requerido.