**FORMULARIO UNICO DE POSTULACION
BECA FINANCIAMIENTO COMPARTIDO 2017
Ley 19.532 – Decreto 196**

USO EXCLUSIVO COLEGIO

Aceptada % de beca

Rechazada

Pendiente

Recepción de documentación _____

Folio N°

SANTIAGO, _____ de _____ 2017

Instrucciones: Lea cuidadosamente todos los datos que se piden antes de anotarlos, pues toda la información registrada **será comprobada** mediante la documentación de respaldo que debe adjuntar

I.- ANTECEDENTE DEL APODERADO (A)

Nombre del Apoderado:		RUT
Domicilio:		Fono:

II.- ANTECEDENTES DEL ALUMNO(A) POSTULANTES Y/O ALUMNOS(AS) POSTULANTES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Curso 2017

III.- ANTECEDENTE DEL GRUPO FAMILIAR Nota: Se deben registrar solo las personas que vivan con el o los alumno/os y que compartan el mismo techo

Nombre	Relación Alumno	Estado Civil	Actividad u Ocupación	Previsión	Nivel Educativo

Total Integrantes del Grupo Familiar, incluyendo los postulantes

VIII.- INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR: Nota: Se deben registrar todos los ingresos que perciba el grupo familiar que viva con el alumno/a bajo el mismo techo y a su vez todos los aportes o ingresos adicionales, tales como pensiones alimenticias, pensiones de vejes, aporte de familias, arriendo, etc.

Nombre	Calidad del trabajador, (dependiente independiente, honorario, jubilado o pensionado cesante	sueldo liquido	Pensiones de vejez, viudez, orfandad de alimentos u otra	Bono de cesantía	Otros (aportes de algún familiar, SUF subsidio familiar, trabajos ocasionales, Arriendos etc.)	TOTAL
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$
TOTALES		\$	\$	\$	\$	\$

IX.- DETALLE GASTOS MENSUALES DEL HOGAR (promedio)

Tipo de Gasto	Promedio Mensual
Consumo de Gas	\$
Consumo de Luz	\$
Consumo de Agua	\$
Consumo de Teléfono, cable y/o internet	\$
Alimentación	\$
Total mensual de estudios	\$
Valor vivienda (dividendo, arriendos u otro)	\$
Valor cuota mensual banco, financiera y/o casa comercial	\$
Movilización Colectiva y/o Bencina	\$
Furgón Escolar	\$
Gastos Médicos (tratamiento o medicamentos)	\$
Otros	\$
TOTAL GASTO DEL HOGAR	\$

X.- PROGRAMA DEL ESTADO

1.- ¿Cuenta con Ficha de Protección Social (FPS) ex Ficha CAS?

_____ NO _____ SI (¿Qué puntaje tiene? _____)

2.- ¿Su Grupo Familiar pertenece al Programa Chile Solidario, Programa Puente y/o Subsidios Estatales?

_____ NO _____ SI (Indique Año de ingreso a dicho programa: _____ ¿Qué recibe por ello? _____)

XI.- SITUACION ACTUAL

Explique y señale brevemente porque solicita la beca para el año 2017

DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTE FORMULARIO SON FIDEDIGNOS Y CONFIDENCIALES

_____ _____ _____
NOMBRE APODERADO(A) **C.I** **FIRMA**

Fecha de entrega de Solicitud _____

USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO "COLEGIO CRISTIANO EMMANUEL"

De acuerdo a lo informado por usted, se resuelve lo siguiente en relación a su solicitud:

Nombre y Firma
Representante Comisión de Selección y Becas

ANEXO

USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO

“Colegio Cristiano Emmanuel”

RECEPCION DE DOCUMENTACION

Con fecha:

Fue recepcionada la documentación del proceso de becas del

Apoderados: _____

Alumno (a) y/o Alumnos(as)

Copia Establecimiento

ANEXO

USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO

“Colegio Cristiano Emmanuel”

RECEPCION DE DOCUMENTACION

Con fecha:

Fue recepcionado la documentación del proceso de becas del

Apoderados: _____

Alumno (a) y/o Alumnos(as)

Copia Apoderado