**USO EXCLUSIVO COLEGIO**

**Aceptada % de beca**

**Rechazada**

**Pendiente**

Folio N°

 **FORMULARIO UNICO DE POSTULACION**

 **BECA FINANCIAMIENTO COMPARTIDO 2023**

 **Ley 19.532 – Decreto 196**

 SANTIAGO,\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 2023 |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 | Estado  | Actividad u | Previsión |  Nivel |
|   |   | Alumno | Civil | Ocupación |   |  Educacional |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total Integrantes del Grupo Familiar, incluyendo los postulantes** |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV.- TENENCIA DE VIVIENDA**: (marcar con una X) |  |  |  |  |
|   | 1.- Propietario (con vivienda totalmente pagada) |   |   |   |
|   | 2.- Propietario (con pago de dividendo) |   |   |   |   |
|   | 3.- Arrendatarios |   |   |   |   |   |
|   | 4.- Usufructuario (viven en el sitio de otra persona y en el tienen una casa |   |
|   | 5.- Allegados (viven en la casa y con familia de otra persona) |   |   |
|   | 6.- Casa Fiscal (Casa otorgada por el Gobierno) |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nota: En el caso de cancelar por la vivienda, indicar el monto mensual a pagar** |  |  |  |
| **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V.- TENENCIA DE VEHICULO** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.- ¿Grupo familiar posee Vehículo? | \_\_\_\_\_\_SI |  | \_\_\_\_\_ NO (Si su respuesta es SI, continué) |
| 2.- ¿El vehículo es de uso? | \_\_\_\_\_\_Particular | \_\_\_\_\_ Comercial |  |
| 3.- ¿Lo esta pagando? |  | \_\_\_\_\_\_NO |  | \_\_\_\_\_SI ¿Cuánto paga por el? $\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4.- Patente de su vehículo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | recibo pago de su permiso de circulación y patente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VI.- HERMANOS ESTUDIANDO:** | \_\_\_\_\_\_ SI |  | \_\_\_\_\_\_ NO |  |  |
| (Se excluyen los que están estudiando en el Colegio Emmanuel) |  |  |  |
| Tipo de educación |  N° |  Monto a pagar mensual |  Beca o Crédito (Especifique nombre) |
| Educación Pre Básica |   |   |   |   |   |   |
| Educación Básica |   |   |   |   |   |   |
| Educación Media |   |   |   |   |   |   |
| Educación Superior |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VII.- ANTECEDENTE DE SALUD CRONICA GRAVE DE LA FAMILIA (**adjuntar boletas de farmacia o referente de gastos |
| médicos, según corresponda) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOTA: Se consideran problema de salud, todas aquellas enfermedades no cubierta por el AUGE O GES y que deban implicar un** |
| **gasto económico particular para la familia, como la compra de medicamentos, diálisis, costo en profesionales u exámenes, etc.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del integrante/s de la Familia con enfermedades **Crónica o Graves** |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| Diagnostico Medico: |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gasto en Salud aproximado mensual: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 vejez, |
| aporte de familias, arriendo, etc. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre |   | Calidad del trabajador, | sueldo | Pensiones de | Bono de | Otros (aportes | **TOTAL** |
|   |   | (dependiente | liquido | vejez, viudez, | cesantía | de algún familiar, |   |
|   |   | independiente, |   | orfandad de |   | SUF subsidio |   |
|   |   | honorario, jubilado o |   | alimentos u |   | familiar, trabajos |   |
|   |   | pensionado cesante |   | otra |   | ocasiónales, |   |
|   |   |   |   |   |   | Arriendos etc.) |   |
|   |   |   | $ | $ | $ | $ | $ |
|   |   |   | $ | $ | $ | $ | $ |
|   |   |   | $ | $ | $ | $ | $ |
|   |   |   | $ | $ | $ | $ | $ |
|   |   |   | $ | $ | $ | $ | $ |
|   |   |   | $ | $ | $ | $ | $ |
| **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 2024 |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **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**