**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**