



Fundación Chaminade
Instituto Linares
www.institutolinares.cl
Colegio de Financiamiento Compartido
Chacabuco 566
Linares

SOLICITUD DE BECA 2021

DECLARACIÓN DEL POSTULANTE (Todos los datos deben ser completados con letra clara y legible)

| I.- DATOS ESTUDIANTE/S QUE SOLICITAN BECA | | | |
|--|-----|-----------|--|
| Nombres y apellidos estudiante/s (solo aquellos que están en el colegio) | 1.- | CURSO | |
| | 2.- | CURSO | |
| | 3.- | CURSO | |
| | 4.- | CURSO | |
| | 5.- | CURSO | |
| II.- RESPONSABLE/S DEL ESTUDIANTE/S | | | |
| Nombre apoderado/a | | CELULAR | |
| R.U.T | | DIRECCIÓN | |
| E-MAIL | | FONO | |
| III.- RESPONSABLE DEL PAGO DE COLEGIATURA (No completar si es el apoderado) | | | |
| Nombre responsable | | CELULAR | |
| R.U.T | | DIRECCIÓN | |
| E-MAIL | | FONO | |

| IV.- GRUPO FAMILIAR DEL ESTUDIANTE | | | | | | |
|---|------------------------------|------|---------------------------|-------------------|------------------|--|
| Nombre y apellidos | Parentesco con el estudiante | Edad | Estado civil | Nivel educacional | Ocupación actual | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ficha de Protección Social | SÍ | | Puntaje: | | | |
| | NO | | Fecha de la ficha: | | | |

| V.- INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (*) | | |
|--|---------------------------|----------------------|
| Nombre y apellidos | Monto ingreso por persona | Concepto del ingreso |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL DE INGRESOS | | |
| Observaciones | | |

(*) Todos los ingresos deberán comprobarse con liquidaciones de sueldo, liquidaciones de pensiones y/o jubilación, cotizaciones previsionales u otro. La falta de medios de verificación de esta información será causal para no cursar la postulación.



| Nombre estudiante | Institución de estudios | Cuota Mensual | ¿Posee beca? | | | |
|-------------------|-------------------------|---------------|--------------|----|---|--|
| | | | NO | SI | % | |
| | | | NO | SI | % | |
| | | | NO | SI | % | |
| | | | NO | SI | % | |
| | | | NO | SI | % | |
| | | | NO | SI | % | |
| | | | NO | SI | % | |

| VI.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA EN QUE HABITA EL/LA ESTUDIANTE | | | | | | |
|--|---------------|-----------|--------------------------------|---------------------------|--|--|
| Propia | Adquiriéndose | Arrendada | Usufructo cedida o en comodato | Compartida con familiares | | |
| Otro | ¿Cuál? | | | | | |
| N° de personas que habitan en la vivienda | | | | | | |

| VII.- GASTOS EN VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS | |
|--|--|
| Dividendo/Arriendo | |
| Contribuciones | |
| Aseo | |
| Gastos comunes | |
| Luz | |
| Agua | |
| Gas | |
| Teléfono | |
| Internet | |
| Celular | |
| Alimentación (Considerar supermercado, feria, gasto diario, colaciones, otros) | |
| Movilización (Considerar bencina, transporte escolar, estacionamiento, otros). | |
| Otros (Especificar) | |

| VIII.- GASTO POR CONCEPTO DE PAGO DE DEUDAS | | | |
|---|-------------------------|---------------------------|--------------------|
| Entidad con la que mantiene la deuda | Monto total de la deuda | Monto mensual de la deuda | Motivo de la deuda |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| TOTALES | | | |

| GASTO POR ENFERMEDAD (sólo se consideran gastos por enfermedad crónicas) | | | |
|---|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Existe actualmente algún integrante del grupo familiar que sufra alguna enfermedad crónica, detectada por un médico? | Integrante Familiar | Enfermedad (Diagnóstico) | Gasto mensual aproximado |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| TOTAL GASTO | | | |

IX.- DESCRIBA PRINCIPALES MOTIVOS PARA POSTULAR A BECA 2020

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

DECLARACIÓN

Declaro bajo juramento, que todos los datos entregados en la presente solicitud son fidedignos y pueden ser verificados en cualquier momento por la Fundación y la profesional que realiza el proceso. De igual manera, declaro que si en el transcurso del año mejora mi situación socioeconómica, comunicaré por escrito mi renuncia a la beca concedida.

Nombre

Firma

Día

Mes

Año

Importante: Todos los ingresos y gastos deberán ser acreditados con copias de boletas, talonarios, liquidaciones u otros, que quedarán en poder de la Fundación. Si se comprobare falsedad u omisión en la información entregada, el beneficio otorgado puede ser suspendido a criterio de la profesional en cualquier época del año. A su vez, se reitera a los /as que los antecedentes entregados son totalmente confidenciales y de uso exclusivo de la profesional evaluadora.