

FECHA

## SOLICITUD DE BECA – ESCOLARIDAD 2023

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

DATOS DE ESTUDIANTE/S QUE SOLICITA/N BECA			
NOMBRE ALUMNO/A(S) DEL CPSM	1.		CURSO
	2.		CURSO
	3.		CURSO
	4.		CURSO

RESPONSABLE/S DEL ESTUDIANTE				
NOMBRE DEL APODERADO				
RUT		DIRECCION		
E-MAIL		FONO	CELULAR	
RESPONSABLE DEL PAGO DE COLEGIATURA No completar si es el apoderado				
RUT		DIRECCION		
E-MAIL		FONO	CELULAR	

GRUPO FAMILIAR DEL ESTUDIANTE					
NOMBRE	PARENTESCO CON EL/LA ESTUDIANTE	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCACIONAL	OCUPACION ACTUAL

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA EN QUE HABITA EL/LA ESTUDIANTE													
Propia	<input type="checkbox"/>	Adquiriéndose	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Cedida o en Comodato	<input type="checkbox"/>	Compartida c/familiares	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	¿Cual?	<input type="text"/>
N° de personas que habitan la vivienda		<input type="text"/>	N° de Dormitorios		<input type="text"/>								

BIENES FAMILIARES													
¿La Familia Posee Vehículo/s?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Marca/s	<input type="text"/>	Año/s	<input type="text"/>	Uso:	Particular	<input type="checkbox"/>	Trabajo	<input type="checkbox"/>
¿La familia posee otra/s propiedad/es a parte de la que habita el alumno/a?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas?	<input type="text"/>							

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (*)		
NOMBRE	MONTO INGRESO POR PERSONA	CONCEPTO DEL INGRESO
TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES		

**Observaciones:**

(\*) Todos los ingresos deberán comprobarse con Liquidaciones de sueldo, liquidación 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.

GASTOS en Educación					
NOMBRE ESTUDIANTE	INSTITUCIÓN DE ESTUDIO	CUOTA MENSUAL(*)	¿POSEE BECA?		
		\$	NO	SI	%
		\$	NO	SI	%
		\$	NO	SI	%
		\$	NO	SI	%
TOTAL GASTO					

GASTOS en Vivienda	
1. Dividendo / Arriendo	
2. Contribuciones	
3. Aseo (si no está incluido en 2)	
4. Gastos Comunes	
5. Otro	

GASTOS en Servicios Básicos	
1. Luz	
2. Agua	
3. Gas	
4. Teléfono	
5. Internet	
6. Celular	
7. Otro	

GASTOS básicos familiares	
1. Alimentación (Considerar Supermercado, Feria, Gastos Diario, Colaciones, Otro)	
2. Movilización (Considerar , Bip, Bencina, Transporte escolar, TAC, estacionamiento)	
3. Otro	

GASTOS 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	\$	\$	

TOTAL GASTO		TOTAL GASTO		TOTAL GASTO	
-------------	--	-------------	--	-------------	--

GASTOS por Enfermedad (sólo se considerarán gastos por enfermedades crónicas)			
¿Existe actualmente algún miembro de la familia que sufra de alguna Enfermedad CRÓNICA declarada por un médico?  SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Integrante Familiar	Enfermedad	Gasto mensual aproximado
TOTAL GASTO			

