



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.