**FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECAS INTERNAS 2026**

|  |
| --- |
| **NOMBRE APODERADO O TUTOR LEGAL:** |
| **CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL** (Obligatorio): |
| **TELÉFONO /CONTACTO:** |
| **DIRECCIÓN:** |
| **FECHA DE POSTULACIÓN:** |

**1.-** **IDENTIFICACION DE POSTULANTE/ES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **FECHA NACIMIENTO** | **CURSO AÑO 2025** | **CURSO AÑO 2026** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

**2.- IDENTIFICACION DEL GRUPO FAMILIAR (**Deberá señalar a todas las personas que vivan bajo el mismo techo y compartan ingresos y egresos, incluido el estudiante.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **RUT** | **EDAD** | **NIVEL EDUCACIONAL** | **PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE** | **OCUPACIÓN LABORAL (DEPENDIENTE, INDEPENDIENTE, PENSIONADO, CESANTE U OTRO)** | **INGRESO MENSUAL LIQUIDO Y PENSIÓN DE ALIMENTOS** |
| 1. |  |  |  |  |  | **$** |
| 2. |  |  |  |  |  | **$** |
| 3. |  |  |  |  |  | **$** |
| 4. |  |  |  |  |  | **$** |
| 5. |  |  |  |  |  | **$** |
| 6. |  |  |  |  |  | **$** |
| 7. |  |  |  |  |  | **$** |
| 8. |  |  |  |  |  | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL INGRESOS** | $ |
| **TOTAL, PER CAPITA (Uso exclusivo trabajadora social)** | $ |

**3**. **TENENCIA Y TIPO DE VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR** (**Marque** con una **X** en los espacios correspondientes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROPIETARIO** |  | Si es propietario, indique ROL de la vivienda. |  |
| **ARRENDATARIO** |  | Monto de dinero que cancela mensualmente. | $ |
| **ALLEGADO** |  | Ocupa vivienda junto a otros familiares. Señale si aporta a los gastos comunes, arriendo o dividendo. | $ |
| **OTROS** |  | Especificar: |  |

**4. MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR ESTUDIANDO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NIVEL EDUACIONAL** | **CANTIDAD DE**  **ESTUDIANTES** | **MENSUALIDAD/ARANCEL** | **VALOR DE TRANSPORTE** |
| EDUCACION PARVULARIA |  |  |  |
| ENSEÑANZA BÁSICA |  |  |  |
| ENSEÑANZA MEDIA |  |  |  |
| ENSEÑANZA SUPERIOR |  |  |  |
| Otros |  |  |  |

Miembro del grupo familiar que estudia fuera del lugar de residencia.

**CIUDAD DONDE ESTUDIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MONTO DE ARRIENDO/PENSIÓN $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. GASTOS INSUMOS BÁSICOS MENSUALES**

(Los gastos declarados se deben respaldar con boletas; declarar gastos en consultas médicas, exámenes entre otros, solo si padece enfermedad que genere gastos permanentes)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GASTOS FIJOS** |  | **VALOR** | **OTROS GASTOS** |  | **VALOR** |
| LUZ | **$** |  | CONSULTAS MÉDICAS | **$** |  |
| AGUA | **$** |  | MEDICAMENTOS | **$** |  |
| GAS | **$** |  | EXÁMENES | **$** |  |
| ALIMENTACIÓN (supermercado) | **$** |  | GASTOS IMPREVISTOS | **$** |  |
| ALIMENTACIÓN (feria) | **$** |  | CRÉDITO CASA COMERCIAL | **$** |  |
| VESTUARIO | **$** |  | CRÉDITO BANCARIO/CONSUMO | **$** |  |
| TELÉFONO | **$** |  | ARRIENDO | **$** |  |
| INTERNET | **$** |  | CRÉDITO HIPOTECARIO/DIVIDENDO | **$** |  |
| TV CABLE | **$** |  | ENTRETENCIÓN Y PASATIEMPO | **$** |  |
| TRANSPORTE: PASAJES Y/O BENCINA | **$** |  | OTROS 1: | **$** |  |
| PAGO MENSUAL COLEGIATURA | **$** |  | OTROS 2: | **$** |  |
| OTROS: | **$** |  | OTROS 3: | **$** |  |

**6. GASTOS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR:**

**ENFERMEDAD DE ALTO COSTO DE ALGÚN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR (SIN COBERTURA GES O SIMILAR).** (Indique nombre de la enfermedad y monto aproximado en gastos mensuales)

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

**SOBREENDEUDAMIENTO** (Indique deudas que sobrepasan el ingreso familiar)

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

**7. REGISTRO SOCIAL DE HOGARES**

**SEÑALE PORCENTAJE DE REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, CORRESPONDIENTE A SU GRUPO FAMILIAR** (la información declarada en formulario de postulación debe coincidir con R.S.H)

|  |
| --- |
| % |

**8. BENEFICIOS RECIBIDOS ANTERIORMENTE:**

Indique sí años anteriores ha recibido Beca interna con rebaja de arancel: **Sí \_\_\_\_ NO \_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÑO ASIGNACIÓN BECA INTERNA** | **SI - NO** | **PORCENTAJE OTORGADO** |  | **MONTO QUE CANCELABA** |
| 2022 |  | % | $ |  |
| 2023 |  | % | $ |  |
| 2024 |  | % | $ |  |
| 2025 |  | % | $ |  |

**9. FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD** (Lo más detallado posible)

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

**10. INDIQUE DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A ESTA POSTULACIÓN**

(Marque con una **X** la documentación presentada)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fotocopia de cedula de identidad de todos los integrantes del grupo familiar y/o certificado de nacimiento de cargas familiares. |  |
| 2. Fotocopia de las 6 últimas liquidaciones de sueldo de todas las personas que trabajan en el grupo familiar, que viven en el hogar en común. En caso que no tenga, debe presentar una Declaración Jurada Simple legalizada. |  |
| 3. Certificado de 12 últimas cotizaciones de todos los integrantes del grupo familiar, mayores de 18 años, que trabajan o han trabajado. |  |
| 4. Respecto de la previsión de salud del grupo familiar, debe adjuntar Certificado de FONASA (indicando letra) o ISAPRE u otra institución de similar naturaleza (CAPREDENA-DIPRECA, ETC). |  |
| 5. 6 ultimas boleas de honorarios (emitidas y terceros). |  |
| 6. 3 últimas declaraciones de IVA. |  |
| 7. 2 ultimas declaraciones de Impuesto a la Renta. |  |
| 8. Si hubiese en el grupo familiar, personas pensionadas o jubiladas, debe adjuntar 3 ultimas liquidaciones de pago. |  |
| 9. Persona que participa en una Sociedad o empresa; debe presentar certificado de ingresos y egresos emitido por el contador. |  |
| 10. Si la familia del estudiante es beneficiaria permanente de algún programa de gobierno o social, adjuntar certificado respectivo que acredite tal situación (Chile Solidario, Programa Puente, Subsidio Único Familiar, Subsidio agua potable, Programa Chile Crece Contigo, entre otros). |  |
| 11. En caso de cesantía, finiquito del ultimo empleador y colilla de pago de AFC (padres, apoderados y/o sostenedor económico. |  |
| 12. Resolución judicial por concepto de pensión alimenticia (respaldo legal), acuerdo informal, avenimiento o nulo aporte **(declaración jurada)** |  |
| 13. Si los padres se encuentran separados legalmente, debe presentar la Resolución Judicial de Divorcio o Cese de Convivencia **(Registro Civil)** |  |
| 14. Si los padres están Separados de Hecho, deberá presentar un Certificado de residencia de ambos padres. |  |
| 15. Fotocopia del comprobante de pago de los últimos meses de arriendo y contrato de arriendo. En el caso de ser allegado, debe adjuntar declaración jurada del dueño(a) del inmueble. Si es propietario, adjuntar comprobante de pago del dividendo y certificado de pago de contribuciones de bienes raíces. |  |
| 16. Boletas y respaldos de gastos relacionados con Instituciones Educativas o Universidades, por estudios de hermanos/as padres o integrantes del grupo familiar, adjuntar certificado de alumnos regular y la acreditación del gasto respectivo. Otros respaldos relacionados con arriendo o pago de vivienda, departamento, pensión en caso de estudiar fuera de la región. |  |
| 17. Certificado medico por enfermedad grave de algún miembro de la familia, por tratamiento costoso de salud, enfermedad catastrófica o por discapacidad (**que viva en el hogar en común**), acreditando los gastos directos que la enfermedad genera en la familia. |  |
| 18. Certificado de defunción en cao de fallecimiento de uno de los padres del estudiante. |  |
| 19. Gatos fijos, adjuntar boletas de pago de: teléfono, luz, agua, TV cable, celular, transporte escolar, Internet, entre otros. En caso de tener asesora del hogar, debe adjuntar el certificado de pago de cotizaciones. |  |
| 20. Cartola Registro social de hogares actualizado. |  |

**NOTA: LA PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES QUE FALTEN A LA VERDAD O ESTÉN ADULTERADOS ANULARÁN SU SOLICTUD SIN DERECHO A APELACIÓN.**

**DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES AQUÍ PRESENTADOS SON REALES Y FIDEDIGNOS.**

**EXPRESO MI CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZAR VISITAS DOMICILIARIAS, DE SER REQUERIDO POR LA COMISIÓN INTERNA DE BECAS, CUYO OBJETIVO SERÁ LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA.**

**NOMBRE Y APELLIDO APODERADO TITULAR O TUTOR LEGAL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_