



## FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECA FINANCIAMIENTO COMPARTIDO 2025

### I. INDIVIDUALIZACIÓN DEL(OS) POSTULANTE(S):

N°	NOMBRE ESTUDIANTE:	CÉDULA DE IDENTIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	CURSO 2024:
1				
2				
3				
4				

### II. ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS PADRES Y/ O APODERADOS:

<b>NOMBRE MADRE:</b>			
C.I.:		E. Civil:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Fondo de salud:		Fono:	
Dirección:		Comuna:	
Actividad:			
<b>NOMBRE DEL PADRE:</b>			
C.I.:		E. Civil:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Fondo de salud:		Fono:	
Dirección:		Comuna:	
Actividad:			
<b>NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DEL APODERADO INFORMADO AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA:</b>			
<b>SITUACIÓN FAMILIAR (COMPLETA TRABAJADORA SOCIAL)</b>			



### III. INDIVIDUALIZACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR:

Rellene los datos de los integrantes del grupo familiar del postulante.

Nombres	Apellidos	Edad	Actividad	Ingreso Mensual	Parentesco

### IV. SITUACIÓN EDUCACIONAL DE LOS PADRES:

Marque con una X según corresponda.

Apoderado:	Educación Básica		Educación Media		Educación Técnica		Educación Universitaria	
	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta
Madre:	Educación Básica		Educación Media		Educación Técnica		Educación Universitaria	
	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta
Padre:	Educación Básica		Educación Media		Educación Técnica		Educación Universitaria	
	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta



## V. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA.

Marque con una X según corresponda.

Señale el tipo de vivienda que habita(n) el(los) postulante(s):	Casa	Departamento	Pieza Interior	Mediagua	Hogar de Menores

Señale la tenencia de la vivienda que habita(n) el(los) postulante(s):	Propia	Arrendada	Allegados	Cedida	Dividendos	Fiscal	Hogar de Menores

## VI. TENENCIA DE VEHÍCULOS.

Marque con una X según corresponda.

Posee vehículo:	Si	NO

## VII. SITUACIÓN DE SALUD FAMILIAR:

Indique en el caso que algún integrante del grupo familiar presente una enfermedad que requiera tratamiento constante.

Miembro del grupo familiar	Parentesco con el postulante	Tipo de enfermedad

## VIII. SITUACIONES QUE MOTIVAN A LA POSTULACIÓN:

Marque con una X las opciones según correspondan.

Bajos ingresos del grupo familiar	
Suspensión laboral	
Cesantía de la Madre	
Cesantía del Padre	
Separación de los cónyuges	
Fallecimiento de algunos de los padres	
Invalidez	
Alcoholismo y/o drogadicción en el hogar	
Otro, especifique	



**IX. SITUACIÓN DE BENEFICIOS:**

Marque con una X según corresponda.

BENEFICIO Y/O PROGRAMA	SI	NO
Beca escolaridad años anteriores		
Programa de Seguridad y Oportunidades		
Programa de la Mujer		
Registro social de hogares		
Porcentaje otorgado en su Registro social de hogares		
Otro programa, especifique		

**X. SITUACIÓN DE GASTOS FAMILIARES:**

SITUACIÓN ECONÓMICA (EGRESOS)	
Tipos de gastos	Montos

**XI. SITUACIÓN DE APORTES REALIZADOS AL COLEGIO Y/O DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL:**

**Especificar en detalle la colaboración con el Departamento de Bienestar Social, CGPA, Pastoral, etc.**

--

Fecha de postulación: \_\_\_\_\_

Nombre-Rut-Firma \_\_\_\_\_