



## **Ficha Postulación Beca Colegio Marcela Paz 2019**

Fecha Postulación: \_\_\_\_\_

### **1.- Identificación del Postulante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Tiene beca actualmente: \_\_\_\_\_

Previsión de Salud: \_\_\_\_\_

El alumno vive con (Marque la alternativa que corresponda):

Ambos Padres \_\_\_\_\_ Solo la Madre \_\_\_\_\_

Solo el Padre \_\_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Si corresponde y el postulante tiene hermanos estudiantes en el establecimiento, señale lo siguiente.

Nombre/Curso: \_\_\_\_\_

Tiene Beca, si es así indique porcentaje: \_\_\_\_\_

### **2.- Antecedentes del Grupo Familiar**

| Nombre | Rut | Edad | Parentesco | Estado Civil | Profesión u Oficio | Actividad que realiza | Ingreso Mensual |
|--------|-----|------|------------|--------------|--------------------|-----------------------|-----------------|
|        |     |      |            |              |                    |                       |                 |
|        |     |      |            |              |                    |                       |                 |
|        |     |      |            |              |                    |                       |                 |
|        |     |      |            |              |                    |                       |                 |

**En el ingreso mensual debe registrar el sueldo líquido, Adjuntar documentación de respaldo.**

### **3.- Vivienda**

Propia \_\_\_\_\_ Propia con deuda habitacional (señale valor de dividendo) \_\_\_\_\_

Arrendatario (señale el valor) \_\_\_\_\_

Allegado, indicar el parentesco con dueño de la propiedad. \_\_\_\_\_

#### 4.-Salud

| Nombre | Edad | Diagnóstico | Fecha Diagnóstico | Gastos Asociados |
|--------|------|-------------|-------------------|------------------|
|        |      |             |                   |                  |
|        |      |             |                   |                  |

#### 5.- Gastos Mensuales

|                         |    |
|-------------------------|----|
| Agua                    | \$ |
| Luz                     | \$ |
| Gas                     | \$ |
| Dividendo               | \$ |
| Arriendo o Dividendo    | \$ |
| Contribuciones          | \$ |
| Teléfono/Cable/Internet | \$ |
| Locomoción              | \$ |
| Celular                 | \$ |
| Pensión de Alimentos    | \$ |
| Alimentación            | \$ |
| Feria                   | \$ |
| Educación               | \$ |
| Salud                   | \$ |
| <b>Total</b>            | \$ |

***Declaro que la información proporcionada es verídica.***

---

Nombre Apoderado(a) y Firma