



## FORMULARIO DE POSTULACIÓN A BECA 2018

### I. Postulación

1. Para optar al beneficio, se deberá realizar postulación, para esto imprimir el formulario de postulación de beca disponible en [www.ciamariapuentealto.cl](http://www.ciamariapuentealto.cl) en circulares 2017, llenarlo y luego entregarlo en oficina de **Asistente Social entre el día lunes 11 de septiembre y Miércoles 04 de octubre de 2017, de acuerdo al siguiente cronograma de atención:**

| Fecha                      | Hora de Atención  | Cursos 2016                                          |
|----------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|
| Lunes 11 de septiembre     | 09:00 -12:00 hrs. | Pk A, Pk B                                           |
| Martes 12 de septiembre    | 09:00 -12:00 hrs. | K <sup>o</sup> A, K <sup>o</sup> B                   |
| Miércoles 13 de septiembre | 09:00 -12:00 hrs. | 1 <sup>o</sup> A, 1 <sup>o</sup> B, 1 <sup>o</sup> C |
| Jueves 14 de septiembre    | 09:00 -12:00 hrs. | 2 <sup>o</sup> A, 2 <sup>o</sup> B                   |
| Viernes 15 de septiembre   | 09:00 -12:00 hrs. | 3 <sup>o</sup> A, 3 <sup>o</sup> B                   |
| Lunes 25 de septiembre     | 09:00 -12:00 hrs. | 4 <sup>o</sup> A, 4 <sup>o</sup> B                   |
| Martes 26 de septiembre    | 09:00 -12:00 hrs. | 5 <sup>o</sup> A, 5 <sup>o</sup> B,                  |
| Miércoles 27 de septiembre | 09:00 -12:00 hrs. | 6 <sup>o</sup> A, 6 <sup>o</sup> B                   |
| Jueves 28 de septiembre    | 09:00 -12:00 hrs. | 7 <sup>o</sup> A, 7 <sup>o</sup> B                   |
| Viernes 29 de septiembre   | 09:00 -12:00 hrs. | 8 <sup>o</sup> A, 8 <sup>o</sup> B                   |
| Lunes 02 de Octubre        | 09:00 -12:00 hrs. | I <sup>o</sup> A, I <sup>o</sup> B                   |
| Martes 03 de Octubre       | 09:00 -12:00 hrs. | II <sup>o</sup> A, II <sup>o</sup> B                 |
| Miércoles 04 de Octubre    | 09:00 -12:00 hrs. | III <sup>o</sup> A, III <sup>o</sup> B, IIIC         |

2. Para completar la postulación el/la apoderado/a deberá adjuntar los siguientes antecedentes a la ficha de postulación:

- a) Informe del Registro Social de Hogares con porcentaje de vulnerabilidad, entregado por la municipalidad según el domicilio del o la estudiante cuya fecha sea del mes en que se presenta la solicitud de beca.
- b) Fotocopia de las tres últimas liquidaciones de sueldo de todas las personas que trabajen en el grupo familiar.
- c) En caso de que el trabajador emita boletas de honorarios deberá presentar las boletas correlativas, comprobando sus ingresos de cuatro meses según consta en el Servicio de Impuestos Internos (S.I.I.)
- d) Si es trabajador independiente, deberá presentar las tres últimas declaraciones de IVA y las dos últimas declaraciones de impuestos. Certificado emitido en SII.
- e) Al ser pensionados deberán adjuntar copia de las tres últimas colillas de pago (comprobante de Pensión de Invalides, Subsidio Único Familiar, Pensión Asistencial u otros).

- f) Si el apoderado recibe pensión de alimentos, presentar copia de la libreta del banco en el cual le depositan, si la familia recibe aporte de terceros deberá indicarlo en la ficha de solicitud de beca.
- g) En caso de cesantía, finiquito del último empleador.
- h) Certificado del subsidio de cesantía en caso de que corresponda.
- i) Certificado de AFP (cotizaciones) de los últimos 12 meses.
- j) Declaración de gastos y comprobación de los mismos según corresponda (presentación de boletas de los últimos tres meses).
- k) Adjuntar comprobante de pago de arriendo o dividendo de los últimos tres meses. Adjuntar, cuando corresponda. En caso de ser allegado deberá adjuntar carta notarial que lo certifique.
- l) Adjuntar boletas y certificado de alumno/a regular de otro integrante del grupo familiar que se encuentre estudiando.
- m) En el caso que el apoderado tenga dos o más hijos estudiando en el establecimiento no es necesario certificado de alumno regular, pero si debe consignar en ficha de postulación a que curso pertenecen los estudiantes.
- n) En caso de enfermedades catastróficas, presentar certificados médicos correspondientes al mes y año de postulación a la beca (enfermedad de la madre, padre, estudiante o hermano/a de quien postule y que viva con el/la estudiante).
- o) En caso de discapacidad del jefe de hogar u otro integrante de la familia (hijo, madre, etc) presentar certificado emitido por el COMPIN, colilla de pago por discapacidad o credencial de discapacidad).
- p) Respecto de la previsión del grupo familiar, adjuntar certificado FONASA.
- q) Fotocopia cédula de identidad del apoderado
- r) Fotocopia del certificado de escolaridad de la madre.
- s) Certificado de nacimiento de la estudiante que postula.
- t) Certificado de residencia de la estudiante actualizado.

- u) En caso que la familia se encuentre adherida a algún programa de gobierno, deberá presentar certificado que acredite adherencia, como por ejemplo Ingreso Ético Familiar, Chile Crece Contigo o Chile Solidario, etc.
  
- 3. Los apoderados que opten al sistema de exención o rebaja de escolaridad, además de adjuntar los documentos señalados en el punto anterior, podrán recibir una visita domiciliaria de la Asistente Social dentro del periodo de postulación.
  
- 4. Para que la postulación se haga efectiva se debe respetar la fecha entregada anteriormente y adjuntar todos los documentos que acrediten los datos señalados en la ficha de postulación, de existir información no acreditada la postulación no se cursará.**
  
- 5. No se recibirán postulaciones posteriores a los plazos estipulados.



**FICHA DE POSTULACION DE BECAS**  
**2018**

**I.- ANTECEDENTES PERSONALES DE LA ALUMNA.**

|                        |                  |                                                        |
|------------------------|------------------|--------------------------------------------------------|
| Nombre del Estudiante: |                  |                                                        |
| Curso:                 | Fecha de Nac.:   | Edad                                                   |
| Teléfono Fijo          | Teléfono Celular | Estudiante tiene alguna discapacidad Si _____ No _____ |
| Dirección:             |                  | Comuna:                                                |

**II.- GRUPO FAMILIAR (PAPÁ, MAMÁ, HERMANOS, QUE VIVAN EN LA MISMA CASA).**

| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | Rut | Edad | Estado Civil | Parentesco | Previsión de Salud | Actividad | Nivel de Estudios |
|--------|------------------|------------------|-----|------|--------------|------------|--------------------|-----------|-------------------|
|        |                  |                  |     |      |              |            |                    |           |                   |
|        |                  |                  |     |      |              |            |                    |           |                   |
|        |                  |                  |     |      |              |            |                    |           |                   |
|        |                  |                  |     |      |              |            |                    |           |                   |
|        |                  |                  |     |      |              |            |                    |           |                   |
|        |                  |                  |     |      |              |            |                    |           |                   |

Total número de integrantes del grupo familiar:





3. **Vivienda.** Marque la alternativa que corresponda y especificar documentación adjunta.

| TENENCIA                                                       | SI | NO | DOCUMENTACIÓN |
|----------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| 3.1.- Propietario                                              |    |    |               |
| 3.2.- Usufructuario                                            |    |    |               |
| 3.3.- Arrendatario                                             |    |    |               |
| 3.4.- Allegado                                                 |    |    |               |
| <b>TIPO DE VIVIENDA</b>                                        |    |    |               |
| 3.5.- Vivienda de material sólido                              |    |    |               |
| 3.6.- Vivienda de material ligero                              |    |    |               |
| 3.7.- Vivienda de adobe, antigua                               |    |    |               |
| 3.8.- Mejora, Mediagua, Pieza                                  |    |    |               |
| <b>Condiciones de la vivienda</b>                              |    |    |               |
| 3.1.- Cantidad de habitaciones incluir living, comedor, cocina | N° |    |               |
| 3.2.- Cantidad de dormitorios                                  | N° |    |               |
| 3.3.- Cantidad de camas                                        | N° |    |               |
| 3.4.- Baño al interior de la vivienda                          | Si | No |               |

| 3.a Servicios             | Si | No | Deuda | Monto de la Deuda |             |
|---------------------------|----|----|-------|-------------------|-------------|
| Electricidad              |    |    |       |                   |             |
| Agua Potable              |    |    |       |                   |             |
| Alcantarillado            |    |    |       |                   |             |
| Internet                  |    |    |       |                   |             |
| Teléfono línea fija       |    |    |       |                   |             |
| Teléfono celular con plan |    |    |       |                   |             |
| Vehículo Particular       |    |    |       |                   | <b>Año:</b> |

**b).-Vulnerabilidad.** Para determinar la vulnerabilidad deberá proporcionar la siguiente información (Registro Social de Hogares, Escolaridad de la madre, último curso aprobado).

**Porcentaje Registro  
Social de Hogares**

**Escolaridad de la Madre**

c).-Su grupo familiar ¿se encuentra adherido a algún programa de gobierno?

No\_\_ Sí\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ (Presentar Certificado de adhesión al programa)

**4. Situación Grave de Salud.**

| <b>FACTOR</b>                                        | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>Documentación (Especifique enfermedad, si existe Discapacidad indique el grado según COMPIN)</b> |
|------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1.- Enfermedad grave del Jefe de hogar             |           |           |                                                                                                     |
| 3.2.- Enfermedad grave del postulante                |           |           |                                                                                                     |
| 3.3.- Enfermedad grave de otro miembro de la familia |           |           |                                                                                                     |

Nombre  
Apoderado

Firma Apoderado

RUN \_\_\_\_\_



## CERTIFICADO DE APOORTE DE PARIENTES O TERCEROS

Yo \_\_\_\_\_ Run \_\_\_\_\_ declaro que entrego  
(nombre de quien entrega el aporte)

a \_\_\_\_\_ Run \_\_\_\_\_ con quien tengo parentesco  
( nombre de quien recibe el aporte)

de \_\_\_\_\_ la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensuales,  
como aporte económico, destinada para \_\_\_\_\_ .

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postulo a mi pupilo/a será revocado por el Centro Educacional Particular Compañía de María Puente Alto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Apoderado.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de quien entrega el aporte.

Fecha \_\_\_\_\_





## DECLARACION DE GASTOS MENSUALES AÑO 2017

Nombre de la persona que declara los gastos mensuales

Nombre y curso de la  
Estudiante

Parentesco con el estudiante

### Identificación del Jefe de Hogar

Nombre \_\_\_\_\_  
Rut \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_

| Detalle gasto Familiar                                                  | Monto Mensual \$ |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Alimentación                                                            |                  |
| Útiles de Aseo                                                          |                  |
| Arriendo o Dividendo                                                    |                  |
| Luz y Agua                                                              |                  |
| Movilización                                                            |                  |
| Combustible (gas, parafina, carbón, leña, etc)                          |                  |
| Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, furgón escolar, etc.) |                  |
| Teléfono/s (Celular/s, Fijo/s)                                          |                  |
| Créditos de consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)              |                  |
| Salud (tratamientos Médicos, Medicamentos)                              |                  |
| Vestuario                                                               |                  |
| Varios Recreación, deportes,                                            |                  |
| Varios Combustible y mantenciones vehículo.                             |                  |
| <b>TOTAL</b>                                                            |                  |

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postulo o renueva mi pupilo/a será revocado por el Centro Educacional Particular Compañía de María Puente Alto. Además faculto al establecimiento a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de mi situación económica de mi grupo familiar durante todo el periodo en el que se haga efectivo el beneficio.

**Nombre Firma del jefe de hogar y/o persona que declara**

**Fecha**