



**FORMULARIO POSTULACION  
A BECA 2018**

**1. IDENTIFICACION ALUMNO(A) POSTULANTE**

NOMBRE:.....F.NACIMIENTO.....  
 RUT.....CURSO ACTUAL..... AÑO INGRESO AL INSTITUTO:.....  
 DIRECCION:.....  
 COMUNA: ..... FONO:.....  
 POSTULA A: BECA PARCIAL: (50%)..... BECA TOTAL (100%):.....

**2. GRUPO FAMILIAR:**

NOMBRE	RUT	EDAD	PARENTESCO	ACTIVIDAD

**3. VIVIENDA: (marque con una X según corresponda)**

- 1. Propia  Con subsidio : SI..... NO.....
- 2. Arrendatario  Monto de arriendo : \$.....
- 3. Adquirente  Monto dividendo : \$.....
- 4. Allegado:
- 5. Otros: \_\_\_\_\_

**4. INGRESOS FORMALES:**

Nombres personas con trabajo remunerado	\$ Ingreso	Actividad

**3.1 INGRESOS QUE NO PROVIENEN DIRECTAMENTE DEL TRABAJO**

Quien aporta

Jubilaciones - Pensiones \$ \_\_\_\_\_

Subsidio en dinero \$ \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_

Arriendo(s) \$ \_\_\_\_\_



INSTITUTO INMACULADA CONCEPCION

4. EGRESOS ECONOMICOS DEL GRUPO FAMILIAR

Indicar áreas y montos de gastos mensuales más importantes de la familia. Anexar respaldos como: boletas, copia de bonos, recibos, etc. Declare el promedio de los 3 últimos meses.

- Alimentación: \$
Salud \$
Educación \$
Vivienda \$
Vestuario \$
Recreación \$
Consumos Básicos (luz, agua, etc.) \$
Deudas \$
Locomoción \$
Otros: \$
Otros: \$
Otros: \$

5.- VEHICULOS: marque con una X N° DE VEHÍCULOS

Table with 2 columns: SI, NO

Empty box for number of vehicles

Si en la pregunta 5 su respuesta es SI, complete lo siguiente:

Table with 6 columns: MARCA, AÑO, CANCELADO (si/no), CUOTAS MENSUALES, USO. Rows for Vehículo 1, 2, 3.

6. SALUD (Indique problemas de salud en el grupo familiar, permanente o eventuales, a quien afecta y adjunte certificados médicos). Exprese como solventa los gastos extraordinarios en este rubro.

Dotted lines for text input

7. SEÑALE cual es la situación que aqueja a la familia en el aspecto económico, a raíz de lo cual solicita la Beca:

Dotted lines for text input

8. SEÑALE si alguno de sus hijos ha recibido Beca en el Instituto Inmaculada en años anteriores y año en que fue otorgada:

Dotted lines for text input

DECLARO QUE LO INFORMADO ES CONFORME A LA VERDAD Y AUTORIZO A LA COMISION CALIFICADORA PARA VERIFICAR DICHA INFORMACIÓN.

NOMBRE DEL APODERADO(A)

FIRMA

VALDIVIA, DE DE 2017.-