



FICHA DE POSTULACIÓN

Beca Socioeconómica 2020

I. Identificación del Postulante

Cédula De Identidad:	Nombre Completo:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Edad:	Curso:
Domicilio:	Comuna:
Teléfono 1:	Teléfono 2:
Beca el año anterior: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sistema Previsional: ISAPRE <input type="checkbox"/> FONASA (letra) <input type="checkbox"/> Sin Previsión <input type="checkbox"/> OTRA (indique cual) _____

II. Identificación de Apoderado/a

Cédula De Identidad:	Nombre Completo:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Edad:	Domicilio:
Parentesco:	Teléfono:

III. Composición del Grupo Familiar

	Nombre y apellido	RUT	Parentesco	Edad	Estado Civil	Ocupación	Vive en el hogar
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							



IV. Datos Socioeconómicos del Grupo Familiar

A continuación, complete la siguiente tabla teniendo en cuenta las personas que trabajan en el hogar o que perciben algún tipo de ingreso.

Nombre y apellido	Escolaridad	Profesión u oficio	Situación Laboral ¹	Ingresos mensuales	Maque con una X al jefe de hogar
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

V. Beneficios Sociales

Responda con un sí o un no a las siguientes preguntas:

- ¿Su familia pertenece a algún programa de gobierno?
Si: _____ **No:** _____ **A Cual:** _____
- ¿Su familia es beneficiaria de subsidio de agua potable?
Si: _____ **No:** _____
- ¿Su familia recibe ayuda en medicamentos?
Si: _____ **No:** _____

VI. Beneficios JUNAEB

- Su hijo (a) recibe algún beneficio de JUNAEB Si: _____ No: _____ Cual: _____

- Su hijo (a) recibe alguna beca del Estado Si: _____ No: _____ Cual: _____

¹ Trabajo a plazo fijo, Trabajo Indefinido, Contrato por obra o faena, Contrato de trabajo especial (Trabajadores de casa particular, de aprendizaje, artistas, portuarios, temporeros



VII. Antecedentes de Salud

Algún familiar presenta algún tipo de enfermedad : Si: _____ No: _____

¿Quién? _____

¿Qué enfermedad? _____

¿Recibe tratamiento? Si: _____ No: _____

¿Cuál?: _____

Previsión de salud: FONASA : _____ LETRA: _____ ISAPRE: _____

VIII. Situación de Vivienda

Marque con una X cuando corresponda:

Tenencia de Vivienda

Propietario (pagando dividendo)	
Situación de allegamiento (casa de amigos o familiares)	
Propia (pagada)	
Arrendada	
Otra (especifique cual)	

Tipo de Vivienda

Casa	
Departamento	
Otra (especifique cual)	

- De no ser propia la vivienda, cuanto cancela mensualmente \$

- De encontrarse en situación de allegamiento, declarar con quien vive:

El inmueble cuenta con:

Living/Comedor	
Cocina	
Baño dentro del hogar	
Daños en estructura de vivienda	
Dormitorios (cuantos)	
Camas para pernoctar (Cuantas)	
Alcantarillado	
Luz Eléctrica	
Agua potable	

IX. Egresos Familiares

A continuación detalle los gastos realizados por el grupo familiar, a fin de complementar la información solicitada

GASTOS	VALOR APROXIMADO
Luz	\$
Agua	\$
Gas	\$
Mercadería	\$
Educación (mensualidad, Universidad etc.)	\$
Salud (diagnóstico médico con tratamiento a seguir, receta médica, otros)	\$
Pago de arriendo o dividendo	\$
Transporte (autobús escolar, otros)	\$
Varios (casas comerciales, tarjeta de crédito etc.)	\$
TOTAL GASTOS	\$

