# FRIENDLY HIGH SCHOOL VIÑA DEL MAR

FICHA DE POSTULACIÓN A BECA AÑO 2025

# 1.- ANTECEDENTES GENERALES

NOMBRE DEL ALUMNO :

CURSO ACTUAL (2024) :

NOMBRE DEL APODERADO :

RELACIÓN CON EL ALUMNO:

DOMICILIO : TELEFÓNOS DE CONTACTO:

CORREO DE CONTACTO :

HERMANOS Y CURSO :

EL APODERADO CANCELA ACTUALMENTE

**2.- FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD**

**3.- ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR Y ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS.**

1. **INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS (Inclúyase al alumno)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | R.U.T | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE | FECHA NACIMIENTO | PARENTESCO ALUMNO | INGRESOS $ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO**

INGRESO PER CÁPITA

1. **ANTECEDENTES HABITACIONALES. (Marcar con una X la opción correspondiente).**

Casa Departamento Propia Cedida Arrendada Allegados \_

1. **EL GRUPO FAMILIAR POSEE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Automóvil de uso particular |  |  |
| Automóvil como herramienta |  |  |
| Televisión por cable |  |  |
| Internet |  |  |
| Integrante con enfermedad catastrófica |  |  |
| Padre o madre cesante |  |  |

**USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO**

**DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR JUNTO AL FORMULARIO PARA POSTULAR A BECA:**

* + **Ficha Protección Social**
	+ Declaración de gastos mensuales, según formato adjunto
	+ Tres últimas liquidaciones de sueldo de todas las personas que trabajan en el grupo familiar,
	+ Finiquito en caso de cesantía.
	+ Certificado de AFP (remuneraciones) de los últimos seis meses en original.
	+ Si es independiente, tres últimas declaraciones de IVA y última declaración de impuesto a la RENTA.
	+ Comprobantes de: arriendo o dividendo, gastos relacionados con Instituciones educativas o Universidades otros integrantes del grupo familiar, boletas de gastos de Servicios Básicos
	+ Comprobantes vigentes de gastos de un familiar directo con enfermedades catastróficas (padre, madre, esposa o hijo), que sean relevantes en términos económicos.
	+ Documentos legales que avalen Tutoría en caso de Apoderados que asumen por padres fallecidos o abandono de hijos, pensión de alimentos, etc.

**NOTA: LA PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES QUE FALTEN A LA VERDAD O ESTÉN ADULTERADOS ANULARÁN SIN DERECHO A APELACIÓN ESTA SOLICITUD. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES VERÍDICA.**

**FECHA: FIRMA DEL APODERADO**

**DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES**

**NOMBRE DEL ALUMNO/A: CURSO AÑO 2024 :**

**IDENTIFICACION DEL JEFE/A DE HOGAR**

**NOMBRE: RUT : FONO :**

**GASTOS FAMILIARES (Declarar gastos a pagar mensualmente; no deudas totales que se posean)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **MONTO MENSUAL** |
| Alimentación |  |
| Arriendo y/o Dividendo |  |
| Luz |  |
| Agua |  |
| Gas |  |
| Útiles de Aseo Personal |  |
| Útiles de Aseo |  |
| Casa |  |
| Locomoción |  |
| Bencina |  |
| Teléfono Fijo |  |
| Celular |  |
| Internet |  |
| Educación |  |
| Vestuario |  |
| Salud |  |
| Otros |  |
| **TOTAL GASTO $** |  |

**Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula mi pupilo/a individualizo/a al inicio del presente documento será revocado por el Establecimiento Educacional.**

**FIRMA DEL O LA JEFE DE HOGAR**

**Fecha:**

**Nota: el o la Jefe de Hogar deberá adjuntar Certificado de Previsión Social (06 últimas cotizaciones)**