LICEO SALESIANO
CAMILO ORTÚZAR MONTT
Avenida Macul 5950, Santiago
Teléfono: 222211286-222940625
Email: colegio@salesianosmacul.cl
Web: www.salesianosmacul.cl

SALESIANOS DON BOSCO

FORMULARIO DE POSTULACIÓN A BECAS DE FINANCIAMIENTO COMPARTIDO

AÑO ESCOLAR 2024

I. ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Nombre		Rut	
Domicilio		Comuna	
Curso 2023			

HERMANOS EN EL COM /O POSTULANTES			
Nombre		Curso	
Nombre		Curso	
Nombre		Curso	

II. ANTECEDENTES DE LOS PADRES

Nombre Madre		Nombre Padre	
Edad		Edad	
Nivel educacional		Nivel educacional	
Actividad/Ocupación		Actividad Ocupación	
Teléfono		Teléfono	
Correo electrónico		Correo electrónico	

III. DATOS DEL APODERADO

Nombre		Parentesco	
Nivel Educacional		Actividad / Ocupación	
Correo electrónico		Teléfono de contacto	

IV. IDENTIFICACIÓN Y COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Número de integrantes del grupo familiar	

Nombre y apellido	Parentesco con el alumno	Edad	Nivel educacional	Actividad Ocupación	Ingreso promedio mensual

V. ANTECEDENTES DE LA VIVIENDA

Señale el tipo de vivienda que habita el grupo familiar

Casa		Departamento		Pieza Interior		Mediagua		Cité	

Señale la tenencia de la vivienda

Propietario con deuda		Propietario sin deuda		Arrendatario		Allegado		Fiscal		Herencia Usufructo	

Señale cuantas habitaciones hay en su vivienda

Living/comedor		Cocina		Baños		Dormitorios		Habitaciones uso múltiple		Piezas no habitables	

Marcar según corresponda

Comparte su vivienda con otra familia	SI		NO	
Hay otras familias en el sitio que usted ocupa	SI		NO	
Posee usted otra vivienda	SI		NO	

VI. TENENCIA DE VEHICULOS

Marcar según corresponda

Automóvil para uso particular	SI		NO		Año	
Automóvil como herramienta (de trabajo)	SI		NO		Año	

VII. ANTECEDENTES DE SALUD

Señale la previsión de salud

Fonasa		Isapre		Dipreca		Capredena		Otro	

Marcar según corresponda

Algún miembro del grupo familiar presenta alguna enfermedad crónica o catastrófica	SI		NO		Gastos asociados ($)	
Algún miembro del grupo familiar presenta capacidades diferentes	SI		NO		Gastos asociados ($)	

Si su respuesta es SI, Indique a continuación los datos de las personas y la enfermedad/condición que padece

NOMBRE	PARENTESCO	ENFERMEDAD

VIII. BENEFICIOS

El grupo familiar ha sido beneficiario de beca de arancel en años anteriores	SI		NO		Porcentaje obtenido	
El grupo familiar recibe subsidio del estado	SI		NO		¿Cuál?	
Grupo familiar participa del algún programa de ayuda social	SI		NO		¿Cuál?	
Familia posee registro social de hogares	SI		NO		Calificación(%)	

IX. DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

DETALLE	MONTO MENSUAL ($)
Alimentación	
Vivienda (Arriendo/ Dividendo)	
Servicios Básicos (Luz, Agua, Gas, teléfono, etc.)	
Educación(Colegios e instituciones ed. Superior)	
Salud (Gastos relacionados con enfermedad)	
Locomoción (Bencina, pasajes)	
Otros (deudas comerciales, recreación, etc.)	
TOTAL $	

X. MOTIVO DE POSTULACIÓN

Marcar según corresponda

Disminución de ingresos		Cesantía		Separación de los padres		Pensión de alimentos impaga		Enfermedad grave	

Otro motivo, especificar	

"DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS APORTADOS SON FIDEDIGNOS, SIN OMISIONES Y ACEPTO QUE QUEDE SIN EFECTO LA POSTULACIÓN SI LOS ANTECEDENTES ENTREGADOS NO CORRESPONDEN A LA REALIDAD. ACEPTO QUE PUEDEN SER VERIFICADOS EN TERRENO POR LA ASISTENTE SOCIAL DEL LICEO"

_____

Nombre, rut y Firma Apoderado