



**COLEGIO**  
**INMACULADA CONCEPCION**  
**“ADELANTE CON VALOR Y ALEGRIA”**  
**122 AÑOS FORMANDO NIÑAS/OS Y JÓVENES**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECA AÑO 2025**

**I. IDENTIFICACIÓN DE EL/LA POSTULANTE (Marque con una X en las líneas que corresponde)**

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
R.U.N. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Curso actual 2023 \_\_\_\_\_  
Tiene beca actualmente SI \_\_\_%\_\_\_ NO \_\_\_  
Previsión de Salud FONASA \_\_\_ (Tramo) \_\_\_ ISAPRE \_\_\_\_\_ (Identificar)

El/ la estudiante vive con Ambos padres \_\_\_ Sólo con la madre \_\_\_ Sólo con el padre \_\_\_  
Con abuelos \_\_\_ Otros(especifique) \_\_\_\_\_

Pensión de Alimentos Si \_\_\_ No \_\_\_ Especifique Monto \$ \_\_\_\_\_ (presentar comprobante o resolución judicial del tribunal de familia correspondiente)

Si corresponde, el/la postulante tiene hermanos/as estudiando en el establecimiento, señale lo siguiente:

Nombre y Apellido	Curso 2024	¿Tiene beca 2024? SI / NO	Indique Porcentaje

**II. ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR (Incluya a todas las personas que conforman el grupo familiar)**

Nombre	R.U.N.	Edad	Parentesco con el/la Estudiante	Estado Civil	Profesión u Oficio	Actividad que Realiza	Ingreso Mensual Total

Consideraremos en el ingreso mensual, el sueldo líquido más los descuentos por préstamos, sindicatos, seguros voluntarios, anticipos de sueldo, cuota club deportivo, cuota supermercado, cuota farmacia u otro tipo de descuento que en la liquidación de remuneración sea descontado como gasto voluntario. Justificar ingresos de todos los integrantes con la fotocopia de las liquidaciones de sueldo, liquidación de pensión correspondiente, pago de licencia médica, etc.)



**COLEGIO  
INMACULADA CONCEPCION  
"ADELANTE CON VALOR Y ALEGRIA"  
122 AÑOS FORMANDO NIÑAS/OS Y JÓVENES**

Con respecto a la Jefatura del Hogar, señale quién o quiénes desempeñan este rol dentro del Hogar:

Nombre	R.U.N.	Edad	Parentesco con el/la estudiante	Actividad que desarrolla	Sistema de Salud	Ingreso Mensual	Escolaridad (Último año cursado enseñanza básica/media/superior)

**III. GASTOS**

**Declaración Jurada Simple**  
(No requiere autorización notarial)

Nombre Jefe/a de Familia: \_\_\_\_\_

En mi calidad de jefe/a de hogar, señalo que los gastos generados en mi hogar, por mi grupo familiar durante un mes normal son: (detallar monto en \$ por cada concepto y adjuntar respaldo de gastos en los conceptos señalados asterisco)

CONCEPTO	EGRESOS
Alimentación (Supermercado y Feria)	\$
Agua *	\$
Luz eléctrica *	\$
Gas, parafina	\$
Combustible o Transporte	\$
Calefacción	\$
Dividendo o Arriendo*	\$
Contribuciones y ext. de basura*	\$
Teléfono, Tv cable e Internet *	\$
Almacén (pan, bebidas, etc.)	\$
Celular *	\$
Pago pensión alimenticia*	\$
Pago de algún crédito o deuda. *	\$
Educación (escolaridad*, materiales )	\$
Salud (medicamentos, copagos* etc.).	\$
Otros	\$
<b>TOTAL GASTOS MENSUALES</b>	<b>\$</b>

**TENENCIA DE BIEN RAIZ**

Tiene vehículo  Si  No Tasación \$

\* En caso que usted tengo alguna propiedad por la cual percibe un arriendo, presentar fotocopia de arriendo y comprobante de pago de éste.

Percibe arriendos de alguna propiedad  Si  No Cantidad \$

\* En caso que usted tengo alguna propiedad por la cual percibe un arriendo, presentar fotocopia de arriendo y comprobante de pago de éste.

**EN CUANTO AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL** (Marque con una X)

Posee Registro Social de Hogares  Si  No Porcentaje



**COLEGIO  
INMACULADA CONCEPCION  
"ADELANTE CON VALOR Y ALEGRIA"  
122 AÑOS FORMANDO NIÑAS/OS Y JÓVENES**

**IV. VIVIENDA** (Situación adquisitiva de su casa habitación)

Propia sin deuda

Propia con Deuda (Señale el valor del dividendo).

Arrendatario (Señale el pago mensual).

Allegado (Indique parentesco con dueño de la propiedad o vínculo por afinidad).

	\$
	\$

\*Presentar documento que acredite pago de dividendo o contrato de arrendamiento según corresponda a su caso.

**V. SALUD**

Indique nombre y parentesco con el/la estudiante, tipo de enfermedad catastrófica de algún miembro del grupo familiar y adjunte certificado médico actualizado al mes de su postulación a beca, adjunte una carta a mano o computador donde explique los gastos en los que incurre por motivo de esta enfermedad y el centro médico en el que se atiende la persona afectada (hospital, clínica, CESFAM).

Nombre del enfermo(a)	Parentesco con el/la estudiante	Edad	Diagnóstico	Hace cuanto padece la enfermedad	Gastos asociados (medicamentos, horas médicas, etc.) que no cubra el sistema de salud.

*Declaro que la información que he proporcionado es verídica. Autorizo para que la comisión calificadora verifique la información recién declarada. Asimismo, autorizo el uso de la información para ser utilizada en el proceso de postulación de la beca para el año 2025.-*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Apoderado**

\_\_\_\_\_  
**RUN**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

La no presentación de documentos que acrediten situación socioeconómica o que impidan la evaluación familiar o el hecho de obviar información sobre tenencia de vehículos y bienes raíces para reducir la condición socioeconómica será tipificada con la eliminación del proceso de becas para el año 2024. No se aceptarán postulaciones y documentos fuera de plazo estipulado. Los datos ingresados en esta ficha y los documentos asociados son entera responsabilidad del postulante que firma este formulario.

**Para evitar extravío de documentación, presente la ficha de postulación junto a los documentos, en un sobre cerrado con el nombre del estudiante y su curso actual en recepción principal del establecimiento.**

En Concepción, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Dudas y consultas al correo electrónico [asistente\\_social@colegioinmaculadaconcepcion.cl](mailto:asistente_social@colegioinmaculadaconcepcion.cl)

<p><b>RESULTADO INTERNO</b></p> <p><input type="checkbox"/> SE OTORGA _____ %</p> <p><input type="checkbox"/> NO OTORGA</p>
---