

FORMULARIO DE POSTULACIÓN A BECAS AÑO 2025

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS POSTULANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	RUN	FECHA NACIMIENTO	CURSO AÑO 2024

II. ANTECEDENTES DEL APODERADO SOLICITANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL GRUPO FAMILIAR: \_\_\_\_\_  
(calle, N°, VILLA, COMUNA)

TELÉFONO CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

III. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDO	RUN	EDAD	PARENTESCO	NIVEL EDUC.	OCUPACIÓN	INGRESO
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
<b>TOTAL INGRESOS</b>						\$

IV. NOMBRE DE QUIEN PAGA LA ESCOLARIDAD

\_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_

SITUACIÓN LABORAL

(X)

EMPRESA O SERVICIO

DEPENDIENTE		
INDEPENDIENTE		
JUBILADO		
CESANTE		

PREVISIÓN

(X)

INSTITUCIÓN

AFP		
ISAPRE		
FONASA		
OTROS		

V. VIVIENDA

	(X)	INFORMACIÓN ADICIONAL	MONTO DIVIDENDO O ARRIENDO
PROPIETARIO		INDICAR ROL DE LA VIVIENDA	
ARRENDATARIO			

ALLEGADO			
OTRO		ESPECIFICAR	

**VI. EQUIPAMIENTO**

SI NO

TELÉFONO FIJO		
TELÉFONO CELULAR		
COMPUTADOR		
INTERNET		
LCD O PLASMA		
TV CABLE		

**VII. TENENCIA DE VEHÍCULO**

SI NO

POSEE VEHÍCULO		
USO PARTICULAR		
USO COMERCIAL		

INDICAR AÑO, MARCA Y MODELO DEL VEHÍCULO \_\_\_\_\_

**VIII. MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR ESTUDIANDO**

	Nº DE ALUMNOS	COSTO MENSUAL	EX ALUMNO	
			SI	NO
EDUCACIÓN PARVULARIA				
ENSEÑANZA BÁSICA				
ENSEÑANZA MEDIA				
EDUCACIÓN SUPERIOR				

**IX. GASTOS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR**

ENFERMEDAD DE ALTO COSTO DE ALGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR

(Indique nombre de la enfermedad y gastos mensuales)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**X. HA OBTENIDO BECAS EN AÑOS ANTERIORES**

AÑO	2022	2023	2024
% BECA			

EL ALUMNO UTILIZA TRANSPORTE ESCOLAR

SI  NO

**XI. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

<input type="checkbox"/>	CARTA DE FUNDAMENTACIÓN PARA LA POSTULACIÓN
<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DEL CARNET DEL APODERADO
<input type="checkbox"/>	TRES ÚLTIMAS LIQUIDACIONES DE SUELDO (De todos los integrantes del grupo familiar que trabajen)
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE COTIZACIONES PREVISIONALES (De los integrante del grupo familiar que trabajen)
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE FILIACIÓN VIGENTE CON CARGAS FAMILIARES (Certificado Isapre o Caja de Compensación)
<input type="checkbox"/>	INFORME SOCIOECONÓMICO O FICHA CAS ACTUALIZADO (Extendido por asistente social de la Municipalidad)
<input type="checkbox"/>	COMPROBANTE DE PAGO DE DIVIDENDO O ARRIENDO (Fotocopia)
<input type="checkbox"/>	TRES COMPROBANTES DE PAGO DE SERVICIOS BÁSICOS (LUZ, AGUA, TV CABLE, INTERNET, OTROS)
<input type="checkbox"/>	COMPROBANTE DE PENSIÓN
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO QUE ACREDITE ESTUDIOS Y COSTOS DE MIEMBROS DE LA FAMILIA
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO QUE ACREDITE ENFERMEDAD DE ALTO COSTO
<input type="checkbox"/>	BOLETAS DE HONORARIOS
<input type="checkbox"/>	FORMULARIOS IVA
<input type="checkbox"/>	TRES ÚLTIMAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS A LA RENTA
<input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE CESANTÍA
<input type="checkbox"/>	DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS
<input type="checkbox"/>	OTROS (Especificar)

**OBSERVACIONES:**

**\* ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE Y SE DEBE ADJUNTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE. ESTOS DOCUMENTOS DEBEN SER ENTREGADOS EN UNA CARPETA CON EL NOMBRE DEL ALUMNO.**

**\* LA POSTULACIÓN NO SIGNIFICA ACEPTACIÓN. LOS ANTECEDENTES DEBERÁN SER EVALUADOS.**

**\* EL COLEGIO SE RESERVA EL DERECHO DE VERIFICAR LOS DATOS APORTADOS.**

**\* LOS FORMULARIOS DE POSTULACIÓN SE RECIBIRÁN HASTA EL JUEVES 24 DE OCTUBRE DE 2024. DESPUÉS DE ESA FECHA NO SE RECEPCIONARÁN FORMULARIOS NI DOCUMENTOS.**

**\* LOS RESULTADOS SERÁN INFORMADOS POR ESCRITO Y EN PERSONA DESDE EL LUNES 25 DE NOVIEMBRE DE 2024.**

**\* LAS APELACIONES SE RECIBIRÁN EN SECRETARÍA HASTA EL VIERNES 6 DE DICIEMBRE DE 2024**

**DECLARO QUE LO EXPRESADO EN ESTE FORMULARIO DE POSTULACIÓN CORRESPONDEN A DATOS REALES Y FIDEDIGNOS**

FIRMA DEL APODERADO \_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_

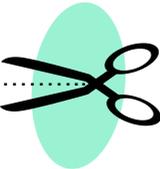
% Beca	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Motivo de Rechazo	<hr/> <hr/>		
Fecha Recepción	Fecha Resolución	Autoriza	

**AUTORIZACIÓN DE VISITA AL HOGAR**

Yo,..... RUN:.....  
 apoderado del alumno ....., autorizo para que a través de personal calificado del Establecimiento se realice una visita programada a mi domicilio ubicado en .....  
 ....., Comuna ....., Teléfono: .....  
 para la evaluación y verificación de los datos declarados en el presente Formulario de Postulación a Beca Año 2025.

\_\_\_\_\_

FIRMA



**COLEGIO "SAINT MAURICE'S"**  
 AV. EL MIRADOR 1543 - CERRILLOS - FONOS: 229047955 - 222755233

**CONSTANCIA**

La Dirección del Colegio Saint Maurice's deja constancia que con fecha de hoy ha recibido del Apoderado(a) de..... del curso: ..... 2024, el Formulario de Postulación de Becas de Colegiaturas para el año escolar 2025

\_\_\_\_\_

Firma

Cerrillos,..... de..... de 2024