



<p align="center"><b>EL GRUPO FAMILIAR VIVE EN:</b> Señale con una X lo que corresponda y valor.</p> <p>1. ___ CASA PROPIA; DIVIDENDO \$ _____</p> <p>2. ___ CASA ARRENDADA; ARRIENDO \$ _____</p> <p>3. ___ COMO ALLEGADO; CON APOORTE DE \$ _____</p> <p>4. ___ CASA CEDIDA; CON UN APOORTE DE \$ _____</p>	<p><b>GASTOS BÁSICOS DEL HOGAR:</b> Indicar valor y adjuntar fotocopias.</p> <p>1. LUZ : \$ _____</p> <p>2. AGUA : \$ _____</p> <p>3. TELEFONO (Fijo o Celular) : \$ _____</p> <p>4. GAS : \$ _____</p> <p>5. ALIMENTACIÓN AL MES : \$ _____</p> <p>6. MOVILIZACIÓN MENSUAL : \$ _____</p> <p>7. FURGÓN ESCOLAR : \$ _____</p> <p>8. CRÉDITOS BANCARIOS : \$ _____</p> <p>9. CASAS COMERCIALES : \$ _____</p>
<p><b>INDIQUE SI TIENE:</b></p> <p>Tarjeta Bancaria No: ___ Si: ___ ¿Cuál? _____</p> <p>Tarjeta Comercial No: ___ Si: ___ ¿Cuál? _____</p> <p>Cuenta Corriente No: ___ Si: ___ ¿Cuál? _____</p>	
<p><b>SALUD DEL GRUPO FAMILIAR.</b> (ADJUNTAR CERTIFICADO MEDICO DE EXISTIR ENFERMEDAD)</p> <p>_____ SIN PROBLEMAS DE SALUD</p> <p>_____ CON PROBLEMAS SALUD - VALOR TRATAMIENTO \$ _____</p> <p>_____ CON ENFERMEDAD CRÓNICA O INVALIDANTE - VALOR TRATAMIENTO \$ _____</p> <p align="right">TOTAL TRATAMIENTO: <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p><b>¿CUANTOS AÑOS LLEVA BECADO Y MONTO QUE PAGABA?</b></p> <p>1. _____ NUNCA Y PAGO \$ _____</p> <p>2. _____ AÑO 2017 Y PAGO \$ _____</p> <p>3. _____ AÑO 2016 Y PAGO \$ _____</p> <p>4. _____ OTROS AÑOS Y PAGO \$ _____</p>

**INDIQUE PORCENTAJE DE INGRESOS**

**ADJUNTE CARTOLA HOGAR**

**TOTAL GASTOS**

RESOLUCIÓN COMISION DE BECAS

SE OTORGA BECA ECONOMICA (PARCIAL O TOTAL) DEL \_\_\_\_\_ % ó \$ \_\_\_\_\_, VALOR A PAGAR \$ \_\_\_\_\_

CAUSALES DE RECHAZO: \_\_\_\_\_

FECHA OTORGAMIENTO: \_\_\_\_\_ ; FIRMA APOD: \_\_\_\_\_

La evaluación de la vulnerabilidad se obtuvo: Sist. Informático JUNAEB \_\_\_\_; Por Colegio \_\_\_\_\_

Evaluación Docente: Si \_\_\_\_; No \_\_\_\_

FECHA PRESENTACIÓN: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Documentos que adjunta:

Cartola Hogar : \_\_\_\_\_ Comprobantes Pagos : \_\_\_\_\_

Cotizaciones : \_\_\_\_\_ Informe Social : \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS DATOS ENTREGADOS POR USTED EN ESTE FORMULARIO, SERAN CORROBORADOS POSTERIORMENTE**

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