



Fundación Educacional Colegio Montessori de San Bernardo.
Colegio Montessori.
RBD 10600-3
San José # 419, Bulnes # 748 - San Bernardo.

FOLIO

FORMULARIO POSTULACIÓN A BECAS ECONOMICAS Y VULNERABILIDAD SOCIAL

AÑO ESCOLAR 2020

NOMBRE ALUMNO : _____ CURSO AÑO 2020 : _____
 NOMBRE APODERADO : _____ TELEFONOS : _____
 R.U.T. APODERADO : _____ FIRMA : _____

1.- INDICAR SUS RAZONES PARA POSTULAR A LA BECA ECONOMICA

YO, APODERADO DE COLEGIO MONTESSORI SAN BERNARDO, DECLARO QUE TODOS LOS DATOS APORTADOS SON REALES.

2.- CONSTITUCIÓN E INGRESOS POR GRUPO FAMILIAR.

Número de Integrantes:

Enumere el grupo de personas que viven en su hogar en el cuadro, de arriba y detalle en la tabla que viene a continuación, lo que ahí se indica.

Adjuntar Fotocopia de: CERTIFICADO DE COTIZACIONES ULTIMOS 12 MESES.

INFORME ASISTENTE SOCIAL Ó DECLARACIÓN NOTARIAL (cuando sea por 1° vez), según corresponda.

Nº	Nombre Completo	Profesión u Oficio	Rut.	Relación	Ingreso imponible	Tipo de Contrato	Escolaridad

TOTAL INGRESOS:

<p align="center">EL GRUPO FAMILIAR VIVE EN: 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>GASTOS BÁSICOS DEL HOGAR: 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>INDIQUE SI TIENE:</p> <p>Tarjeta Bancaria No: ___ Si: ___ ¿Cuál? _____</p> <p>Tarjeta Comercial No: ___ Si: ___ ¿Cuál? _____</p> <p>Cuenta Corriente No: ___ Si: ___ ¿Cuál? _____</p>	
<p>SALUD DEL GRUPO FAMILIAR. (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>¿CUANTOS AÑOS LLEVA BECADO Y MONTO QUE PAGABA?</p> <p>1. _____ NUNCA Y PAGO \$ _____</p> <p>2. _____ AÑO 2019 Y PAGO \$ _____</p> <p>3. _____ AÑO 2018 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 _____