| **FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN – BECA 2024** |
| --- |
| 1. **DATOS DEL ESTUDIANTE**
 |
| Nombre completo del estudiante: |  |
| Rut del estudiante: |  |
| Curso actual: |  |
| Promedio de notas: |  |
| Promedio de Asistencia al 90%: | Sí | No |
| Previsión de salud: |  |
| Dirección: |  |
| ¿El estudiante tiene hermanos en este colegio?  | Sí | No |
| ¿El estudiante pertenece a un programa Mejor Niñez? | Sí | No |
| ¿Cuenta actualmente con la Beca 2023? | Sí | No |

II. **DATOS DEL TUTOR ECONÓMICO DEL ESTUDIANTE**

| 1. **DATOS DEL TUTOR ECONÓMICO DEL ESTUDIANTE**
 |
| --- |
| Nombre completo del tutor económico: |  |
| Rut del tutor económico: |  |
| Teléfono: |  |
| Dirección: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Previsión de salud: |  |

| 2.1 ¿Cuál es la ocupación del tutor económico? | 2.2 Marque la alternativa que mejor represente la situación de escolaridad del tutor económico. |
| --- | --- |
| Se encuentra cesante  |  | a) Enseñanza básica completa  |  |
| Trabaja informal sin contrato  |  | b) Enseñanza media completa  |  |
| Trabaja informal con contrato |  | c) Educación técnica completa  |  |
| Trabaja formal con contrato |  | d) Educación superior completa  |  |
| Jubilado/a o pensionado/a |  | e) Postgrado  |  |

| 2.3 Marque el rango aproximado de la remuneración líquida mensual del tutor económico. |
| --- |
| a) Hasta $337.000.  |  |
| b) Varía entre $337.001 y $500.000.  |  |
| c) Varía entre $500.001 y $750.000  |  |
| d) Entre $750.001 y $1.200.000  |  |
| e) Superior a 1.200.000  |  |

| 1. **DATOS DEL GRUPO FAMILIAR**
 |
| --- |
| 3.1 ¿Cuántas personas, incluido/a el/la estudiante, viven en el hogar? |
|   |
| Número de Adultos: |
| Número de niños, niñas y/o adolescentes (menores de 18 años): |

| 3.2 ¿El grupo familiar ha sido beneficiario de beneficios sociales durante el 2023? |
| --- |
| Sí  |  | No |  |
| ¿Cuál? Marque con un “x” |  |
| IFE Laboral |  | Aporte Familiar Permanente (Ex bono marzo) |  |
| Subsidio Protege |  | Bolsillo Familiar Electrónico |  |
| Ingreso Mínimo Garantizado |  | Pago de Estipendio |  |

| 3.3 ¿El grupo familiar pertenece a algún Programa Social del Gobierno?  | Sí |  | No |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál? Marque con un “x” |
| Programa Familias |  |
| Programa Chile Crece Contigo |  |
| Programa Chile Cuida |  |
| Programa Vínculos |  |
| Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa |  |
| Otro (indique): |  |

| 3.4 ¿La Familia pertenece a algún pueblo indígena? | 3.5 Ingresos del grupo familiar. |
| --- | --- |
| Mapuche |  | Total ingresos líquidos del grupo familiar (considerar los montos de dinero percibidos por **TODOS** los integrantes del hogar, incluso si éstos no son constantes o con contratoformal)$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
| Atacameño |  |
|
| Diaguita |  |
| Ingreso per cápita del grupo familiar:$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Aymara |  |
|
| Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|

| 3.6 ¿La Familia es chilena o extranjera?  |
| --- |
| Chilena | Sí  | No |
| Extranjera con permanencia definitiva | Sí | No |
| Extranjera con visa temporal | Sí | No |
| País de origen: |

| 3.7 ¿Bajo qué situación el grupo familiar ocupa la vivienda?  | 3.8 ¿Posesión de vehículos? |
| --- | --- |
| a) Propia pagada  |  | a) Sí ¿Cuántos? |  |
| b) Propia pagándose Valor del dividendo |  | b) No  |  |
| c) ArrendadaValor del arriendo |   |   |
| d) Cedida por familiar u otro |  |
| e) Allegados |  |  |

| 1. **ANTECEDENTES DE SALUD**
 |
| --- |
| 4. ¿Hay algún familiar, que viva con el/la estudiante, que por motivos de salud dependa de otro para realizar las actividades cotidianas? | Sí | No |
| Tipo de discapacidad |  Marque con un “x” |
| Discapacidad Visual |  |
| Discapacidad Auditiva |  |
| Discapacidad Motriz |  |
| Discapacidad Mental |  |
| **En caso de ser AFIRMATIVA la respuesta contestar**  |
| ¿Posee credencial de discapacidad? | Sí | No |
| ¿Qué porcentaje de discapacidad tiene? |  |
| ¿Requiere de cuidador? | Sí | No |
| ¿Cuenta con la Pensión de discapacidad? | Sí | No |

| Nombre del integrante: |  |
| --- | --- |
| Enfermedad(es) o diagnóstico(s): | ---- |
| Institución donde se controla: |  |
| Gasto promedio mensual aprox. por dicha enfermedad(es) o diagnóstico(s) | $ |

| **Describa brevemente su motivación para postular a la beca Santa María La Florida 2023** |
| --- |
|  |

| **Adjuntar - Cartola Registro Social de Hogares \*** |
| --- |
| **Adjuntar - Liquidación de sueldo y/o Declaración de Renta 2023 (SII)****Documentos de salud si lo amerita (Certificado del profesional tratante y/o copia de la Credencial de Discapacidad), Cédula de identidad del tutor económico (fotocopia por ambos lados)**  |

• Declaro que la información consignada en este formulario y los documentos entregados son verídicos y que estoy informado de las sanciones a las que me expongo en caso contrario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Jefe/a de hogar o Tutor económico**