المدرسة الشيلية العربية
COLEGIO CHILENO-ÁRABE
CHIGUAYANTE

# FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECA AÑO 2026

## 1. IDENTIFICACIÓN DE EL/LA POSTULANTE (Marque con una X en las líneas quecorresponde)

Nombre Completo _____
R.U.N. _____
Dirección _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____
Curso actual 2025 _____
Tiene beca actualmente SI ____ % NO____
Previsión de Salud FONASA____ISAPRE_____(Identificar)

El/ la estudiante vive con Ambos padres____Con la madre_____Con el padre____Con abuelos
Otros(especifique)_____

Pensión de Alimentos Si____No____Especifique Monto $_____(presentar comprobante o resolución judicial del tribunal de familia correspondiente

Beca a la que postula Beca Económica____Beca Palestina (Libre Disposición) ____

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

| Nombres y Apellidos | Curso 2025 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

## 2. ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR

*** Respecto al grupo familiar se considera: padre, hermanos, madre, parientes QUE COMPARTA INGRESOS Y GASTOS con el grupo familiar. Fotocopia Cédula de Identidad de todos los integrantes del grupo familiar. En caso de menores de 18 años, Certificado de Nacimiento para Asignación Familiar.**
***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.**

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

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 2026, 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.**

Con respecto a la/los Sostenedor Financiero, señale quién o quiénes desempeñan este rol dentro del Hogar:
*** Presentar última liquidación de sueldo o certificado de pensión, 12 últimas cotizaciones.**

| Nombre | R.U.N. | Correo electrónico | Parentesco con el/la estudiante | Actividad que desarrolla | Sistema de Salud | Ingreso Mensual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**3. 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 con asterisco)**

| CONCEPTO | EGRESOS |
|---|---|
| Alimentación (Supermercado y Feria) | $ |
| Agua * | $ |
| Luz eléctrica * | $ |
| Gas, parafina | $ |
| Combustible o Transporte | $ |
| Calefacción | $ |
| Dividendo o Arriendo * | $ |
| Pago de Gasto común *(comprobante de pago) | $ |
| Contribuciones y ext. de basura* | $ |
| Servicios Domésticos *(certificado de imposiciones) | $ |
| 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 | $ |
| TOTAL GASTOS MENSUALES | $ |

**TENENCIA DE BIEN RAÍZ**

Tiene vehículo SI_____TASACIÓN $_____NO _____
* Presentar fotocopia de certificado de registro nacional vehículos motorizados de vehículos informados/ Certificado de Avalúo

Percibe arriendos de alguna propiedad SI_____CANTIDAD $_____NO __ ____
*En caso que usted tengo alguna propiedad por la cual percibe un arriendo, presentar fotocopia de contrato de arriendo y comprobante de pago de éste.

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 2026, 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.**

**EN CUANTO AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Posee Registro Social de Hogares SI_____PORCENTAJE _____% NO ____
* Presentar certificado de RSH

**4. VIVIENDA** (Situación adquisitiva de su casa habitación) ***Presentar documento que acredite condición, según corresponda a su caso.**

Propia sin deuda SI_____NO_____

Propia pagándose (Señale el valor del dividendo). SI____VALOR $_____NO_____

Arrendatario (Señale el valor mensual). SI____VALOR $_____NO ____

Cedida (Indique parentesco con dueño de la propiedad o vínculo por afinidad) SI____PARENTESCO_____NO ____

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

**5. 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 explicando 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 persona que padece enfermedad** | **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 2026.-*

| **Nombre del Apoderado** | **RUN** | **Firma** |
|---|---|---|

Chiguayante,____de_____de 2025.

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 2026, 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.**