



SOLICITUD DE BECA SOCIOECONÓMICA AÑO ESCOLAR 2024

Nº _____

Yo _____ C.I. _____ Responsable

económico (a) del Alumno(a) _____ Curso 2024: _____

_____ Domiciliado: _____ Comuna: _____

_____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

1. Antecedentes de los Postulantes (Datos de los alumnos)

RUT	apellido paterno	apellido materno	nombres	curso
RUT	apellido paterno	apellido materno	nombres	curso
RUT	apellido paterno	apellido materno	nombres	curso

2. Antecedentes del grupo Familiar. Ingrese los datos de todo el grupo, Pareja de Madre o Padre según viva

Nº	Paterno	Materno	Nombre	RUT	Parentesco	Edad	Profesión u Oficio	Trabajador Activo si/no Jubilado
1								
2								
3								
4								
5								
6								

- Excluyendo al alumno(s) postulante
- Adjuntar fotocopias Cedula Identidad

Total de integrantes del Grupo Familiar incluyendo al Postulante:

Relación de los Padres (marcar con una X)

1	Fallecidos (Ambos)
2	Madre viuda
3	Padre viudo
4	Casados
5	Separados o anulados legalmente
6	Separados de hecho
7	Convivientes (Pareja Padre o Madre)

El Postulante vive con (marcar con una X)

1	Ambos Padres
2	Con el padre
3	Con la madre
4	Otros (especifique)

Ingreso del grupo Familiar

RUT Integrantes del grupo familiar	Remuneraciones Y Pensiones	Honorarios	Arriendo De Bienes raíces	Jubilación	Pensión alimenticia	Otros 2
RUT	\$	\$	\$	\$	\$	\$
RUT	\$	\$	\$	\$	\$	\$
RUT	\$	\$	\$	\$	\$	\$
RUT	\$	\$	\$	\$	\$	\$
RUT	\$	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Carga financiera: favor de especificar si usted mantiene algún crédito comercial o de otro tipo

Nº	Nombre del Deudor	RUT										Monto del crédito	Plazo de Pago	Cuota mensual	Institución acreedora	Mes y año de término del crédito
1												\$		\$		
2												\$		\$		
3												\$		\$		
4												\$		\$		

• **Documentar con fotocopias**

Gastos Académicos: si algún miembro del grupo familiar cursa estudios en otro establecimiento educacional, básico, medio o superior, favor de llenar la información

Nombre	Institución en la que estudia	Mensualidad	Transporte	Colación	Materiales	Otros	TOTAL
		\$	\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$	\$

Certificado de alumno regular del alumno y de otros hijos que estudien
Comprobante de pago de la última mensualidad, de hermanos que estudien

Gastos médicos si algún miembro del grupo familiar sufre alguna enfermedad crónica, si ha sido sometido a cirugía este año o mantiene una deuda por atención médica, favor de llenar esta información:

Nombre	Enfermedad/operación	Institución de atención	Fecha de la intervención	Gasto mensual por medicamentos	Cantidad de Controles Médicos Mensuales	Gastos asociados al control médico	Pago mensual de deuda Médica
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$
				\$		\$	\$

• **Adjuntar fotocopias, certificado médico y boletas**

Declaración:

- 1) Declaro estar informado de las condiciones establecidas para postular al beneficio de beca para mi hijo (a) de acuerdo con el "Reglamento de Becas" de Colegio del Real, según lo establecido en Ley Nº 19.532/1997.-
- 2) Declaro que la información consignada en este formulario es verídica y estoy informado de las sanciones a las cuales me expongo en caso contrario.
- 3) Se confiere mandato expreso a la institución para solicitar de las entidades correspondientes, los antecedentes necesarios para revisar y comprobar que los datos entregados como postulante son fidedignos.
- 4) Autorizo a un representante del colegio (acreditado) para realizar una visita a mi casa y comprobar parte de la información declarada en este formulario.
- 5) Adjunto documentos de respaldo que acredita mi situación de vulnerabilidad.
- 6) No se recepcionarán carpetas incompletas.

FIRMA Y RUT APODERADO

El Colegio se reserva el derecho de:

Aceptar Requerimiento : _____

No Aceptar Requerimiento : _____