|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARIO UNICO**  **DE POSTULACION BECA MUNICIPAL**  **INFORME SOCIAL** | |  | | --- | | **PUNTAJE ASIGNADO** |   **Punta Asignado** |

**1.- Antecedentes Personales del Postulante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUT** | | **CARRERA** | **JORNADA** | | | **AÑO INGRESO** | | |
|  | |  |  | | |  | | |
| **AP.PATERNO** | | **AP.MATERNO** | **NOMBRES** | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| **DOMICILIO DE LA FAMILIA (SI ES DE REGION) CALLE** | | | **NUMERO** | **DEPTO.** | **COMUNA** | | **REGION** | **TELEFONO** |
|  | | |  |  |  | |  |  |
| **DOMICILIO DEL ALUMNO DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIOS** | | | **NUMERO** | **DEPTO.** | **COMUNA** | | **REGION** | **TELEFONOS**  **(INCLUYA CELULAR** |
|  | | |  |  |  | |  |  |
| **EDAD** | **ESTADO CIVIL** | | **N° DE HIJOS** | | **E-MAIL** | | | |
|  |  | |  | |  | | | |

**2.- Antecedentes Académicos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Institución de Educación Superior** |  |
| **Carrera** |  |
| **Duración de la carrera (en semestres)** |  |
| **Semestre cursados** |  |
| **Promedio de notas (de la carrera o Enseñanza media según corresponda)** |  |
| **Ciudad donde cursa estudio superiores** |  |

**DISCAPACIDAD CERTIFICADO COMPIN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SI |  |  | SI |  |
| NO |  |  | NO |  |

**EMBARAZO ADOLESCENTE CERTIFICADO MÉDICO DEL EMBARAZO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SI |  |  | SI |  |
| NO |  |  | NO |  |

**PERTENECE A IEF POSEE FICHA PROTECCIÓN SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SI |  |  | SI |  | PUNTAJE |  |
| NO |  |  | NO |  |  | |

**3. Individualización del Grupo Familiar (incluir al postulante)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre** | **RUT** | **Edad** | **E. Civil** | **Parentesco** | **Actividad** | **INGRESOS** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |

Nº DE HABITANTES TOTAL INGRESOS

INGRESO PER CAPITA

**4. Situación Económica**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **VALOR**  ***Total Ingresos $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***Total Egresos $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  DIFERENCIA\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Si es negativa señalar en (\*) |
| ***Arriendo/dividendo u otro*** |  |
| ***Teléfono*** |  |
| ***Luz - agua*** |  |
| ***Gas*** |  |
| ***Movilización*** |  |
| ***Educación*** |  |
| ***Alimentación*** |  |
| ***Deudas*** |  |
| ***Otros gastos*** |  |
| **TOTAL GASTOS** | $ |

**5.-Situación de la Vivienda (Marcar con x)**

**Tipo Tenencia**

*CASA PROPIA (cancelada)*

*DEPARTAMENTO ADQUIRIENTE (pagan dividendo)*

*PIEZA USUFRUCTUARIO*

*MEDIAGUA ALLEGADO*

*OTRA*

**Material Estado de conservación**

*SÓLIDO BUENO*

*LIGERO REGULAR*

*MIXTO MALO*

**6.-Situación de Salud del grupo familiar:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMEDADES CATASTROFICAS** | |  | STRESS FAMILIAR | | | |  | **DEFICIT DE APOYO** | | |
| **Afecta a Adulto de la familia** |  | **Alcoholismo o drogadicción** | | |  |  | **Familia Monoparental** | |  |
| **Afecta a Menor de la familia** |  | **Violencia Intrafamiliar** | | |  |  | **A cargo de abuelos o parientes** | |  |
| **Afecta al Postulante o Becado** |  | **Enfermedad Crónica Severa que afecte al postulante o becado u otro integrante del grupo familiar** | | |  |  | **Solo o a cargo de Cuidadores** | |  |
| **Afecta al Jefe de Hogar** |  | **Trastorno salud mental que afecte al postulante becado u otro integrante del grupo familiar** | | |  |  | **Institución de Protección** | |  |
|  |  | **Embarazo Adolescente** | | |  |  | |  |
|  |
| **Discapacidad que afecte algún integrante de la familia, excluido el postulante o becado** | | |  |
|  | |
|  |  |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **CERTIFICADO DE NOTAS ORIGINAL O VISADO POR AUTORIDAD COMPETENTE 2014** |  |
| 1. **CERTIFICADO DE MATRICULA Y/O ALUMNO REGULAR 2015** |  |
| 1. **RESPALDO DE SITUACION SOCIOECONÓMICA** |  |
| 1. **FOTOCOPIA DE CEDULA NACIONAL DE IDENTIDAD** |  |
| 1. **FPS ACTUALIZADA Y VIGENTE EN COMUNA INDEPENDENCIA** |  |
| 1. **OTROS DOCUMENTOS (PSU, médicos, judicial, etc)** |  |