|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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)**
 |  |