



**FORMULARIO DE
POSTULACION A BECA 2025**

1. IDENTIFICACION ALUMNO(A) POSTULANTE

NOMBRE:..... F.NACIMIENTO.....
 RUT.....CURSO ACTUAL..... AÑO DE INGRESO AL INSTITUTO:
 DIRECCION.....COMUNA:.....
 FONO DEL APODERADO:FONO DEL ESTUDIANTE (SI TUVIESE) :
 POSTULA A: BECA PARCIAL: BECA TOTAL:
 BECA OTORGADA OTROS AÑOS ALGRUPO FAMILIAR: SI..... NO %..... AÑO/S:.....

2. GRUPO FAMILIAR:

NOMBRE	RUT	EDAD	PARENTESCO	ACTIVIDAD

3. VIVIENDA:(marquecon una X según corresponda)

- 1. Propia Con subsidio :SI..... NO.....
- 2. Arrendatario Monto de arriendo :\$.....
- 3. Adquirente Monto dividendo :\$.....
- 4. Allegado:
- 5. Otros: _____

4. INGRESOS FORMALES:

Nombres integrantes de la familia con trabajo remunerado.	\$ Ingreso Mensual	Oficio/Actividad

4.1INGRESOS QUE NO PROVIENEN DIRECTAMENTE DELTRABAJO

A quién se le otorga:

Jubilaciones /Pensiones \$ _____ _____
 Subsidio en dinero \$ _____ _____
 Pensión alimenticia \$ _____ _____
 Arriendo(s) \$ _____ _____



**INSTITUTO INMACULADA CONCEPCION
VALDIVIA**

5. EGRESOS ECONOMICOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Indicar áreas y montos de gastos mensuales más importantes de la familia. Anexar respaldos como: boletas, copias de bonos, recibos, etc. Declare el promedio de los 3 últimos meses.

Alimentación:	\$
Salud:	\$
Educación:	\$
Vivienda:	\$
Vestuario:	\$
Recreación	\$
Consumos Básicos (luz, agua, etc.):	\$
Deudas casas comerciales:	\$
Locomoción:	\$
Cable/internet:.....	\$
Calefacción Gas	\$
Otros:.....	\$
Otros:.....	\$

6.-VEHICULOS: Marque con una X

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

N° DE VEHÍCULOS

Si en la pregunta 6 su respuesta es SI, complete lo siguiente:

	MARCA	AÑO	CANCELADO (si/no)	CUOTAS MENSUALES	USO
Vehículo 1					
Vehículo 2					
Vehículo 3					

7. SALUD Indique si algún (1 o más) integrante del grupo familiar presenta problemas de salud crónicos o eventuales (adjunte certificado médico).

.....

.....

.....

8. SEÑALE ¿Cuál es el motivo por el que solicita la beca otorgada por el Instituto Inmaculada Concepción Valdivia?

CESANTIA _____ DISMINUCION DE INGRESOS _____ OTRO MOTIVO _____

.....

.....

.....

DECLARO QUE LO INFORMADO ES CONFORME A LA VERDAD Y AUTORIZO A LA COMISIÓN CALIFICADORA PARA VERIFICAR DICHA INFORMACIÓN.

NOMBRE DEL APODERADO(A)

FIRMA

VALDIVIA, _____ DE 2024.-