



## FORMULARIO DE POSTULACIÓN A BECA 2019

### I. Postulación

- 1- Para postular a la Beca de arancel año 2019, el apoderado deberá acercarse de manera presencial al establecimiento a una entrevista con la Trabajadora Social Sra. Jocelyn Urrutia Miranda, respetando el calendario y horarios destinados para cada curso.
- 2- Para llevar a cabo dicho proceso deberá imprimir el formulario de postulación de beca disponible en [www.ciamariapuatealto.cl](http://www.ciamariapuatealto.cl), llenarlo, adjuntar la documentación solicitada y entregarlo durante la entrevista. Debe completar un formulario por cada estudiante por el que postula y la documentación debe ser en un solo set.
- 3- Es excluyente, que quién haga el proceso sea el padre, madre o tutor legal del o la estudiante, que viva con él o ella, con la finalidad de resguardar la información confidencial solicitada para este proceso.

Fecha	Hora de Atención por orden de llegada	Cursos 2016
Lunes 10 de septiembre	08:00 -10:30 hrs.	Pk A, Pk B, K°A, K°B
Martes 11 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	1°A, 1°B, 1°C
Miércoles 12 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	2°A, 2°B, 2°C
Jueves 13 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	3°A, 3°B
Lunes 24 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	4°A, 4°B
Martes 25 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	5°A, 5°B
Miércoles 26 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	6°A, 6°B
Jueves 27 de septiembre	08:00 -10:30 hrs	7°A, 7°B
Lunes 01 de Octubre	08:00 -10:30 hrs	8°A, 8°B
Martes 02 de Octubre	08:00 -10:30 hrs	I°A, I°B
Miércoles 03 de Octubre	08:00 -10:30 hrs	II°A, II°B
Jueves 04 de Octubre	08:00 -10:30 hrs	III°A, III°B, IIIC

#### Documentos para adjuntar:

- a) Informe del Registro Social de Hogares con porcentaje de vulnerabilidad, entregado por la municipalidad según **el domicilio en el que viva el o la estudiante con su grupo familiar, cuya fecha sea del mes en que se presenta la solicitud de beca.**
- b) Fotocopia de las tres últimas liquidaciones de sueldo de todas las personas que trabajen en el grupo familiar.
- c) En caso de que algún miembro del grupo familiar emita boletas de honorarios, deberá presentar las boletas correlativas, comprobando sus ingresos de seis meses según consta en el Servicio de Impuestos Internos (S.I.I.)
- d) En caso de que algún miembro del grupo familiar, sea trabajador independiente, deberá presentar las doce últimas declaraciones de IVA y las dos últimas declaraciones de impuestos. Certificado emitido en SII.
- e) Al existir pensionados deberán adjuntar copia de las tres últimas colillas de pago (comprobante de Pensión de Invalides, Subsidio Único Familiar, Pensión Asistencial u otros).
- f) Si el apoderado recibe pensión de alimentos, presentar copia de la libreta del banco en el cual le depositan, si la familia recibe aporte de terceros deberá indicarlo en la ficha de solicitud de beca. Si no le cancelan la pensión de alimentos



o se hace de forma esporádica, presentar una actualización de la deuda emitida por el banco en el que se debería hacer el depósito.

- g) En caso de cesantía, finiquito del último empleador.
- h) Certificado del subsidio de cesantía en caso de que corresponda.
- i) Certificado de AFP (cotizaciones) de los últimos 12 meses, de todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años.
- j) Declaración de gastos y comprobación de los mismos según corresponda (presentación de boletas de los últimos tres meses, de gas, electricidad, agua potable, cable, internet, celular, educación, automóvil, cuentas de casas comerciales, cajas de compensación y créditos en general). Importante se consideran como válidas las que estén a nombre de los miembros del grupo familiar.
- k) Adjuntar cuando corresponda comprobante de pago de arriendo o dividendo de los últimos tres meses. En el caso de arriendo, adjuntar contrato de arriendo y de ser allegado deberá adjuntar carta notarial que lo certifique, certificada por la persona que autoriza a vivir en ese hogar en calidad de allegamiento. Ejemplo abuelo materno, suegros, tíos, amigos, etc.
- l) Adjuntar boletas de mensualidad y certificado de alumno/a regular de otro integrante del grupo familiar que se encuentre estudiando y que no pertenezcan al establecimiento.
- m) En el caso que el apoderado tenga dos o más hijos estudiando en el establecimiento no es necesario certificado de alumno regular, pero si debe consignar en ficha de postulación a que curso pertenecen los estudiantes.
- n) En caso de enfermedades catastróficas de algún miembro del grupo familiar, presentar certificados médicos originales, con una vigencia no superior a 60 días antes de la postulación, para que sean considerados dentro del proceso de postulación.
- o) En caso de discapacidad del jefe de hogar u otro integrante de la familia (hijo, madre, etc) presentar certificado emitido por el COMPIN, colilla de pago por discapacidad o credencial de discapacidad).
- p) Respecto de la previsión del grupo familiar, adjuntar certificado FONASA o Isapre de todos los integrantes.
- q) Fotocopia cédula de identidad del apoderado, indispensable por ambos lados.
- r) Fotocopia del certificado de escolaridad de la madre, del último curso aprobado.
- s) Certificado de nacimiento del o la estudiante que postula.
- t) Certificado de residencia del o la estudiante actualizado y del apoderado.
- u) En caso que la familia se encuentre adherida a algún programa de gobierno, deberá presentar certificado que acredite adherencia, como por ejemplo Ingreso Ético Familiar, Chile Crece Contigo o Chile Solidario, etc.



- v) En el caso de que madre o padre postulen a esta beca solo, señalando que se encuentra separado de hecho o legalmente, se debe adjuntar certificado de divorcio o certificado de separación de hecho emitida por el Registro Civil.
  
- 3. Los apoderados que opten al sistema de exención o rebaja de escolaridad, además de adjuntar los documentos señalados en el punto anterior, podrán recibir una visita domiciliaria de la Trabajadora Social dentro del periodo de postulación.
  
- 4. Para que la postulación se haga efectiva se debe respetar la fecha entregada anteriormente y adjuntar todos los documentos que acrediten los datos señalados en la ficha de postulación, de existir información no acreditada la postulación no se cursará.**
  
- 5. No se recibirán postulaciones posteriores a los plazos estipulados.



**FICHA DE POSTULACION DE BECAS**  
**2019**

Puente Alto,

de 2018

**I.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL O LA POSTULANTE**

Nombre completo del o la Estudiante:			Run:		
Curso:		Fecha de Nac.:		Edad:	
Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Estudiante tiene alguna discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección:			Comuna::		
Hermano/a estudiando en el mismo colegio	Si <input type="checkbox"/>	Nombre completo			Curso:
Nombre completo apoderado				Run:	Dirección:
Teléfono Fijo					Teléfono Celular:

**II.- GRUPO FAMILIAR (PAPÁ, MAMÁ, HERMANOS, TÍOS, ABUELOS, PRIMOS QUE VIVAN EN LA MISMA CASA Y QUE COMPARTAN LOS GASTOS DEL HOGAR.)**

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut	Edad	Estado Civil	Parentesco	Previsión de Salud	Actividad	Nivel de Estudios

Total número de integrantes del grupo familiar:





Centro Educativo Particular  
Compañía de María Puente Alto  
ORDEN DE LA COMPAÑÍA DE MARÍA N.S

3. **Vivienda.** Marque la alternativa que corresponda y especificar documentación adjunta.

TENENCIA	SI	NO	DOCUMENTACIÓN
3.1.- Propietario			
Se encuentra cancelando dividendos			
3.2.- Usufructuario			
3.3.- Arrendatario			
3.4.- Allegado			
<b>TIPO DE VIVIENDA</b>			
3.5.- Vivienda de material sólido			
3.6.- Vivienda de material ligero			
3.7.- Vivienda de adobe, antigua			
3.8.- Mejora, Mediagua, Pieza, otro			Especifique
<b>CALIDAD DE VIDA DEL GRUPO FAMILIAR</b>			
3.1.- Cantidad de habitaciones incluir living, comedor, cocina, baño, sin incluir dormitorios	N°		
3.2.- Cantidad de dormitorios	N°		
3.3.- Cantidad de camas	N°		
3.4.- Baño al interior de la vivienda	Si	No	

**Especifique con que servicios cuenta su grupo familiar, puede marcar más de uno con una X.**

3.a Acceso a Servicios	Si	No	Dicho servicio, ¿tiene deuda impaga?		Monto de la Deuda
			Si	No	
Electricidad					
Agua Potable					
Alcantarillado					
Internet					
Teléfono línea fija					
Teléfono celular con plan					
Vehículo Particular					

**Año:** \_\_\_\_\_



Centro Educativo Particular  
Compañía de María Puente Alto  
ORDEN DE LA COMPAÑÍA DE MARÍA N.S

**b).-Vulnerabilidad.** Para determinar la vulnerabilidad deberá proporcionar la siguiente información (Registro Social de Hogares de la dirección en la que vive el grupo familiar actualmente, Escolaridad de la madre, último curso aprobado).

Porcentaje Registro  
Social de Hogares

Escolaridad de la **Madre**

c).-Su grupo familiar ¿se encuentra adherido a algún programa de gobierno?

No\_\_ Sí\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ (Presentar Certificado de adhesión al programa)

**4. Situación Grave de Salud, que afecte algún miembro del grupo familiar**

FACTOR	SI	NO	Documentación (Especifique enfermedad, si existe Discapacidad indique el grado según COMPIN). Este ítems deber ser validado exclusivamente con certificado médico original que demuestre gravedad de enfermedad y con una emisión no superior a 60 días.
3.1.- Enfermedad grave del Jefe de hogar			
3.2.- Enfermedad grave del postulante			
3.3.- Enfermedad grave de otro miembro de la familia			

Nombre Apoderado  
RUN  
Firma Apoderado



## CERTIFICADO DE APOORTE DE PARIENTES O TERCEROS 2018

Yo \_\_\_\_\_ Run \_\_\_\_\_ declaro que entrego  
(nombre de quien entrega el aporte)

a \_\_\_\_\_ Run \_\_\_\_\_ con quien tengo parentesco  
( nombre de quien recibe el aporte)

de \_\_\_\_\_ la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensuales,  
como aporte económico, destinada para \_\_\_\_\_ .

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postulo a mi pupilo/a será revocado por el Centro Educacional Particular Compañía de María Puente Alto.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Apoderado.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de quien entrega el aporte.

Fecha \_\_\_\_\_





**DECLARACION DE GASTOS MENSUALES AÑO 2018**  
**(Promedio de gastos de los últimos tres meses anteriores a la postulación)**

Nombre de la persona que declara los gastos mensuales

Nombre y curso de la Estudiante

Parentesco con el estudiante

**Identificación del Jefe de Hogar**

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Detalle gasto Familiar	Monto Mensual \$
Alimentación (incluir abarrotes, carnes, lácteos, pan, colaciones, etc.)	
Útiles de Aseo	
Arriendo o Dividendo	
Luz y Agua	
Movilización	
Combustible utilizado para cocinar (gas, parafina, carbón, leña, etc)	
Combustible utilizado para otros fines (ej. Calefont, calefacción)	
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, furgón escolar, etc.)	
Teléfono/s (Celular/s, Fijo/s)	
Internet- Tv Cable	
Créditos de consumo (Casas comerciales, bancos, cajas de comp, etc.)	
Salud (tratamientos Médicos, Medicamentos)	
Vestuario	
Varios Recreación, deportes,	
Varios (bencina y mantención del vehículo)	
Otros (Especifique)	
<b>TOTAL</b>	

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postulo o renueva mi pupilo/a será revocado por el Centro Educacional Particular Compañía de María Puente Alto. Además faculto al establecimiento a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de mi situación económica de mi grupo familiar durante todo el periodo en el que se haga efectivo el beneficio.

**Nombre Firma del jefe de hogar y/o persona que declara**