



IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

<input type="text"/>

Domicilio

Tipo de Área

Urbana

Rural

<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento

<input type="text"/>

Teléfonos

<input type="text"/>

Nivel

<input type="text"/>

Curso 2011

Situación del Grupo Familiar

Situación Habitacional del Grupo Familiar. Viven en:

Casa Propia o Adquisición

Casa Arrendada

Cedida usufructuada

Allegados

Pieza Arrendada

Calidad Vivienda en que Vive el Alumno

Casa o Departamento Solido

Casa de Adobe

Casa de Material Mixto

Casa de Madera

Media Agua o Campamento

Dependencia Familiar del Postulante. Vive con:

Ambos Padres

Familiares o Amigos

Padre o Madre

Independiente

Institución Asistencial

Situación Familiar de sus Padres

Matrimonio o Convivencia

Padre o Madre Soltero (a)

Padre o Madre Viudo (a)

Ambos Fallecidos

No son Ubicados

Dependencia Económica del Postulante

Ambos Padres

Familiares o Amigos

Padre o su Madre

Por él Mismo

Institución Asistencial



Ingreso Mensual Total del Grupo Familiar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sobre 949.501 | <input type="checkbox"/> Entre 228.223 y 311.669 |
| <input type="checkbox"/> 432.126 a 949.500 | <input type="checkbox"/> Entre 127.501 y 228.222 |
| <input type="checkbox"/> 311.670 a 423.125 | <input type="checkbox"/> 0 a 127.500 |

Situación Laboral del Jefe de Hogar

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente | <input type="checkbox"/> Jubilado o Pensionado |
| <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente | <input type="checkbox"/> Planes Empleo Estatal |
| <input type="checkbox"/> Cesante | <input type="checkbox"/> Trabajos Esporádicos |

Nivel Educativo del Jefe de Hogar

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ed. Superior (UES o IP) | <input type="checkbox"/> Ed. Humanista Completa |
| <input type="checkbox"/> Ed. Técnica (CFT o EETP) | <input type="checkbox"/> Ed. Básica Completa |
| | <input type="checkbox"/> Ed. Básica Incompleta |

Nivel Educativo de la Madre

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ed. Superior (UES o IP) | <input type="checkbox"/> Ed. Humanista Completa |
| <input type="checkbox"/> Ed. técnica (CFT o EETP) | <input type="checkbox"/> Ed. Básica Completa |
| | <input type="checkbox"/> Ed. Básica Incompleta |

Número de Personas del Grupo Familiar

Número de Personas del Grupo Familiar
que estudian (incluido el postulante)

Tipo de Establecimientos Educativos a los que Asisten los Estudiantes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> U. Tradicional | <input type="checkbox"/> Liceo o Colegio Municipalizado |
| <input type="checkbox"/> U. Privada o Instituto Profesional | <input type="checkbox"/> Liceo o Colegio Subvencionado |
| <input type="checkbox"/> Centro de Formación Técnica | <input type="checkbox"/> Colegio o Jardín Particular |

Número de Personas que perciben ingresos

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Más de 5 personas | <input type="checkbox"/> 2 ó 3 personas |
| <input type="checkbox"/> 4 ó 5 personas | <input type="checkbox"/> 1 persona. |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Tipo de Previsión en Salud

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atención Particular | <input type="checkbox"/> Caja de Previsión |
| <input type="checkbox"/> Isapre | <input type="checkbox"/> Fonasa |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Atención de Salud Hospitalaria | |



Problemas de Salud Grave del Grupo Familiar

- No Hay
- Curable de alguno de sus Miembros
- Curable del Jefe de Hogar
- Crónica de algún miembro del Grupo Familiar
- Incurable de Algún miembro del grupo familiar
- Incurable del Jefe de Hogar

Tenencia de Vehículos

- Particular
- Camión o Bus de Pasajeros
- Camioneta o Auto de Alquiler
- Vehículo Cedido
- Sin Vehículo

Debe Adjuntar Fotocopias del Padrón

- Grupo Familiar Acogido al Sistema Chile Solidario

Durante el año 2011, el alumno se encuentra acogido a:

- Programa Alimentación Escolar
- Programa Atención en Salud de Junaeb

El Apoderado firmante declara que:

- a) Los datos inscritos y opciones adoptadas, son fiel expresión de la realidad.
- b) Conocer los requisitos de postulación y los documentos que deben presentar, indicados más abajo.

Fecha: _____

Firma del Apoderado: _____

ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS (Presentar FOTOCOPIAS legibles):

- 1.- El último comprobante de sueldo o liquidación recibida, de TODOS los miembros que aportan ingresos al hogar. En caso de recibir pensión, jubilación, montepío, retención judicial, pensión de alimentos, subsidio de cesantía, etc., debe acreditarlo con el último comprobante de pago.
- 2.- De ser trabajador independiente o no recibir liquidación o comprobante de sueldo, debe presentar una declaración jurada notarial de ingresos, constancia o certificado del empleador. Además del pago de IVA.
- 3.- La cesantía debe acreditarse con finiquito de trabajo.
- 4.- De ser allegados, deben presentar una constancia del jefe de hogar que los alberga. De cancelar algún aporte, también debe acreditarse.
- 5.- En el caso de los enfermos permanentes o crónicos, entregar certificado médico y se debe acreditar el costo de atención médica y medicamentos. Apoderados antiguos: si no ha presentado anteriormente un certificado médico, debe hacerlo.
- 6.- De haber otros hijos estudiando, debe acreditar matrícula y presentar el comprobante de pago si cancelan colegiatura.
- 7.- Los apoderados que tengan Tarjeta de Atención Gratuita en Consultorio y Hospital Público, deberán presentar fotocopia.
- 8.- Los apoderados que sean beneficiarios de algún Programa de ayuda estatal o que se hayan beneficiado con algún Programa Habitacional para sectores de pobreza, deberán presentar constancia de ellos, emitida por algún Organismo Gubernamental.
- 9.- Fotocopia del Padrón del Vehículo