N° ÚNICO DE POSTULACIÓN : Uso exclusivo del colegio

FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN
BECAS 2027

1.- ANTECEDENTES DEL O LOS ALUMNOS POSTULANTES (marque y/o escriba lo que corresponda):

DATOS DE LOS ALUMNOS POSTULANTES:

Nombre		Curso 2026		R.U.T.	
Nombre		Curso 2026		R.U.T.	
Nombre		Curso 2026		R.U.T.	

Tiene Beca actualmente	SI		NO	PORCENTAJE %	
Es Alumno Prioritario	SI		NO	PORCENTAJE %	

Dirección del alumno

Calle	N°	Block

Depto/Casa	Población	Comuna	Teléfonos

(Uso Exclusivo Colegio Chile)

Check-list

Fotocopia Libreta de Familia o Certificados de Nacimiento de las respectivas cargas familiares (aunque no tengan derecho al subsidio)	
Certificado Alumno Regular Educación Básica, Media o Técnico-Profesional y Educación Superior	
Informe socioeconómico-cultural del grupo familiar extendido por Asistente Social o Informe Registro Social de hogares	
Finiquito último empleador o registro en la OMIL (Oficina Municipal de Intermediación Laboral)	
Certificado Médico por enfermedad grave de algún miembro del grupo familiar.	
Certificado Asistente Social o Dpto. Social de la Municipalidad, contratos de comodato o arriendo, comprobante de pago hipotecario	
Recibos de insumos básicos: luz, agua, gas, teléfono.	
Acreditar los ingresos declarados en la solicitud.	
Liquidaciones de sueldo o declaración de impuestos.	
Declaración notarial que certifique situaciones especiales.	
Certificado AFP con las últimas 12 cotizaciones.	
Certificado de Escolaridad de la madre del postulante.	
Otros	

Fecha de recepción de antecedentes		Puntaje obtenido	
Fecha de comunicación de la respuesta		Tipo de beca	
Fecha de apelación		Monto a Rebajar	
Fecha entrega respuesta de apelación		Datos Junaeb	

Observaciones

2.- INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR (marque y/o escriba lo que corresponda):

Personas con las que vive el alumno:

Papá	
Mamá	
Número de hermanos/as	
Abuelo	
Abuela	

Tío	
Tía	
Número de primos	
Otros	
Especifique	
Total, grupo familiar	

3.- SITUACION LABORAL DEL SOSTENEDOR ECONÓMICO DEL GRUPO FAMILIAR (marque y/o escriba lo que corresponda):

Activo permanente	
Pasivo, pensionado	
Activo ocasional o temporal	
Inactivo o desempleado	

4.- DETALLE DE LA OCUPACION DEL SOSTENEDOR ECONÓMICO (marque y/o escriba lo que corresponda):

Empresario	
Pequeño productor o Microempresario	
Profesional del sector público o privado	
Empleado del sector público o privado	
Jubilado, Pensionado o Montepiado	
Trabajador Dependiente	
Trabajador Independiente	
Trabajador no Calificado	
Pensionado Mínimo INP/AFP	

5.- INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (marque y/o escriba lo que corresponda):

Se deben incluir a todos los que aportan económicamente al grupo familiar por medio de Sueldo Mensual, Pensiones, Arriendos, Bienes, Pensión alimenticia o aportes en dinero.

Ingresos Papá				$
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Ingresos
Ingresos Mamá				$
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Ingresos
Otras personas (Hno., abuelo, tío)				$
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Ingresos
			TOTAL INGRESOS	$

6.- GASTOS BÁSICOS DEL GRUPO FAMILIAR (marque y/o escriba lo que corresponda):

Anote el gasto mensual de cada uno de los rubros señalados:

Arriendo	$
Dividendo	$
Agua	$
Luz	$
Teléfono	$
Cable	$
Internet	$
Contribuciones	$
Colegiatura Hermanos	$
Furgón	$
Preuniversitario	$
Universidad	$
Instituto	$
Otros	$

7.- DETALLE DEL PATRIMONIO:

Posee Bien Raíz, Vehículo Particular, Capital de Trabajo	
Posee Bien Raíz, Vehículo Particular	
Posee Bien Raíz y Capital de Trabajo	
Posee Vehículo Particular y Capital de Trabajo	
Posee Bien Raíz	
Posee Vehículo Particular	
Posee Capital de Trabajo	
No posee ningún matrimonio	

8.- DETALLE DE LA CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA:

Muros Vivienda Sólida	
Muros Vivienda Mixta	
Muros Vivienda Ligera	
Propietario	
Adquiriente	
Usufructuario	
Arrendatario	
Allegado	
Calidad Buena	
Calidad Regular	
Calidad Deficiente	
Con Hacinamiento	
Sin Hacinamiento	
Posee agua potable, electricidad y sist. De alcantarillado	
Posee agua potable, electricidad y fosa séptica	
No posee alguno de los suministros o están cortados por más de 6 meses	
No posee ningún suministro	

9.- DETALLE CRITERIOS DE EDUCACIÓN (lugar de estudios del Postulante):

En o fuera de la comuna sin dificultad de acceso	
En comuna con dificultad de acceso (más de 1 hora de traslado)	
Fuera de la comuna (más de 1 hora de traslado)	
Fuera de la provincia	
Fuera de la Región	

Hermanos estudiando:

No tiene hermanos estudiando	
En Educación Pre-Básica	
En Educación Básica	
En Educación Media	
En Educ. Superior Lugar de Residencia	
En Educ. Superior fuera del lugar de Residencia	

10.- DETALLE OTROS FACTORES DE RIESGO:

Enfermedades de Riesgo

Afecta adulto de la familia	
Afecta a menor de la familia	
Afecta al postulante	
Afecta al jefe de hogar	

Déficit Red Apoyo Familiar

Familia Monoparental	
A cargo de abuelos o parientes	
A cargo de cuidadores	
Institución de protección	

Stress Familiar

Enfermedad crónica severa que afecte al postulante u otro integrante del grupo familiar	
Trastorno de salud mental que afecte a un integrante del grupo familiar	
Embarazo adolescente de un integrante del grupo familiar	
Discapacidad que afecte algún integrante del grupo familiar, excluido el postulante	

11.- DETALLE DE OTROS FACTORES A EVALUAR:
¿Existe algún miembro de la familia con alguna enfermedad catastrófica? Detallar

Describa la composición de su grupo familiar, indicando si el alumno está a cargo de la madre, el padre, ambos padres los abuelos, otros parientes, cuidadores, etc.

Mencione el porqué de la postulación al beneficio y agregue los antecedentes que considere necesarios mencionar para la obtención del beneficio como lo son:

embarazo adolescente, discapacidades y/o enfermedades mentales de algún miembro de la familia, enfermedades crónicas, etc.

12.- DETALLE DE OTROS FACTORES A EVALUAR:

Debe acreditar los ingresos económicos del grupo familiar por medio de los documentos solicitados en el instructivo adjunto.
Para acreditar gastos básicos debe presentar boletas originales.
Las situaciones médicas que signifiquen gastos al grupo familiar deben ser acreditadas con los certificados médicos respectivos, boletas de servicio, programas valorados o bonos médicos originales.

13.- DECLARACIÓN:

Declaro estar informado de las condiciones y requisitos establecidos por el "Colegio Chile" para postular al beneficio de Becas 2026
Declaro que los datos e información consignada en el FORMULARIO son verídicos, sin omisiones y que acepto que quede sin efecto la postulación si los antecedentes entregados no corresponden a la realidad
Autorizo a la comisión a visitar mi hogar o a citarme a una reunión aclaratoria si los antecedentes lo ameritan

Nombre Jefe de Hogar	RUT	Firma

Fecha:
