



COLEGIO SUPERIOR  
CAMBRIDGE

## FORMULARIO POSTULACIÓN A BECA SOCIAL AÑO 2021

### COLEGIO SUPERIOR CAMBRIDGE

Indique a qué porcentaje de beneficio postula (de 5% a 50%)	%
---	---

<b>I. DATOS DEL APODERADO</b>
Nombre y Apellido _____
N° Cédula de Identidad _____ Nacionalidad _____
Domicilio _____
Comuna _____, Fono _____, E-mail _____
Parentesco con el alumno(a): _____ Padre          _____ Madre          _____ Otro, especifique: _____
Profesión/Actividad _____
Lugar de Trabajo _____, Antigüedad Laboral (años/meses) _____
Fono Trabajo _____, E-mail Trabajo _____
Remuneración Bruta Mensual: \$ _____

<b>II. DATOS DEL ALUMNO(A)</b>			
¿Recibió Beca el año anterior?	SI	NO	% de beca año anterior:
Nombre completo	Sexo F _____ M _____		Edad:
Domicilio	Fono		

COLEGIO SUPERIOR CAMBRIDGE



COLEGIO SUPERIOR  
CAMBRIDGE

<b>Curso Año 2021:</b>
VIVE CON:            Ambos Padres _____ Sólo Padre _____      Sólo Madre _____      Abuelos _____
Otros _____ (señalar quienes)
RECIBE AYUDA ECONÓMICA DE _____ (indicar sólo cuando recibe ayuda de otras personas fuera de grupo familiar)

<b>III. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA</b> (Marque con una X)	
Propietario sin deuda (casa cancelada)	
Propietario con deuda (pagando dividendo o crédito hipotecario)	
Arrendatario (con o sin contrato de arriendo)	
Allegado	
Usufructuario o heredero	

¿Comparte su vivienda con otra familia?	SI _____ NO _____
¿Posee usted otra vivienda?	SI _____ NO _____
Si la respuesta es SI, señale la situación de dicha vivienda	
Abandonada	Arrendada (Indique monto)      \$
Cedida	En venta

COLEGIO SUPERIOR CAMBRIDGE



COLEGIO SUPERIOR  
CAMBRIDGE

#### IV. SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

¿Algún miembro de su grupo familiar directo sufre de alguna enfermedad crónica, catastrófica o presenta alguna discapacidad?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Indique a continuación los datos de la o las personas y la enfermedad que padece. Recuerde que sólo se considerarán las enfermedades que tengan respaldo documentado.

NOMBRE	ENFERMEDAD O INVALIDEZ

#### V. DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES (Consigñar el monto total de los gastos en cada categoría)

Vivienda (arriendo/ dividendo)	\$
Servicios Básicos (agua, luz, teléfono, gas, etc.)	\$
Colegios e instituciones de educación superior	\$
Alimentación	\$
Gastos relacionados con salud (enfermedades)	\$
Deudas Comerciales (monto de pago mensual, no total)	\$
Deudas financieras (NO HIPOTECARIAS; monto de pago mensual, <b>no total</b> )	\$
Locomoción y otros	\$
<b>TOTAL</b>	\$

COLEGIO SUPERIOR CAMBRIDGE



COLEGIO SUPERIOR  
CAMBRIDGE

## **DECLARACIÓN JURADA** **COLEGIO SUPERIOR CAMBRIDGE**

Me hago responsable de la información proporcionada en este FORMULARIO POSTULACIÓN A BECA SOCIAL y declaro bajo juramento que es fidedigna, la que es respaldada con la documentación requerida para su tramitación.

Documentación no relacionada con el Apoderado, el Alumno(a), grupo familiar directo o a los gastos básicos mensuales del hogar del Alumno(a), no serán considerados en el proceso de calificación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado Postulante a la Beca Social

RUT \_\_\_\_\_

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

COLEGIO SUPERIOR CAMBRIDGE