



SOCIEDAD EDUCACIONAL
COLEGIO CAMBRIDGE

POSTULACIÓN A BECA SOCIAL AÑO 2025

Formulario de Solicitud

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

I. DATOS DEL APODERADO
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: \$ _____

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

SOCIEDAD EDUCACIONAL COLEGIO CAMBRIDGE S.A.

Av. Larraín 6227, La Reina, Región Metropolitana
Sitio web: www.cambridge.cl – Correo electrónico: becas@cambridge.cl



SOCIEDAD EDUCACIONAL
COLEGIO CAMBRIDGE

Curso Año 2025:
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)

III. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA (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

SOCIEDAD EDUCACIONAL COLEGIO CAMBRIDGE S.A.

Av. Larraín 6227, La Reina, Región Metropolitana
Sitio web: www.cambridge.cl – Correo electrónico: becas@cambridge.cl



SOCIEDAD EDUCACIONAL
COLEGIO 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 (Consignar 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, no total)	\$
Locomoción y otros	\$
TOTAL	\$

SOCIEDAD EDUCACIONAL COLEGIO CAMBRIDGE S.A.

Av. Larraín 6227, La Reina, Región Metropolitana
Sitio web: www.cambridge.cl – Correo electrónico: becas@cambridge.cl



SOCIEDAD EDUCACIONAL
COLEGIO CAMBRIDGE

DECLARACIÓN JURADA **COLEGIO CAMBRIDGE LARRAÍN**

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 _____

SOCIEDAD EDUCACIONAL COLEGIO CAMBRIDGE S.A.

Av. Larraín 6227, La Reina, Región Metropolitana
Sitio web: www.cambridge.cl – Correo electrónico: becas@cambridge.cl