



FORMULARIO DE POSTULACIÓN A BECA 2024 DOCUMENTO A LLENAR POR FAMILIA

NOMBRE ALUMNO(S) POSTULANTE(S)	CURSO ACTUAL	Postula a Beca 2024 Total / Parcial

DATOS DEL APODERADO:

Nombre y Apellidos:	
RUT:	Profesión:
Función:	Lugar de Trabajo:

DATOS DEL PADRE:

Nombre y Apellidos:	
RUT:	Profesión:
Función:	Lugar de Trabajo:

DATOS DE LA MADRE:

Nombre y Apellidos:	
RUT:	Profesión:
Función:	Lugar de Trabajo:

GRUPO FAMILIAR (indique el número de personas en el recuadro)

TOTAL DE PERSONAS QUE INTEGRAN EL GRUPO FAMILIAR		MENORES DE 18 AÑOS QUE INTEGRAN EL GRUPO FAMILIAR	
ADULTOS QUE COMPONEN EL GRUPO FAMILIAR		PERSONAS QUE TRABAJAN EN EL GRUPO FAMILIAR	

VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR. (Marque una X en la opción que corresponda)

TIENE CASA PROPIA.	NO TIENE CASA PROPIA.
PAGA DIVIDENDO: <input type="checkbox"/>	PAGA ARRIENDO <input type="checkbox"/>
ESTÁ CANCELADA : <input type="checkbox"/>	VIVE DE ALLEGADO <input type="checkbox"/>
	OTRO <input type="checkbox"/>

CONSTITUCION DEL GRUPO FAMILIAR: (Marque una X en la opción que corresponda)

El alumno vive con sus padres		El alumno vive con solo uno de sus padres	
El alumno vive con algún familiar		El alumno vive de allegado	

AUTOMÓVIL DEL GRUPO FAMILIAR:

MARCA:		MODELO:		AÑO:	
--------	--	---------	--	------	--

SALUD DEL GRUPO FAMILIAR: (Marque una X en el recuadro que corresponda)

SIN PROBLEMAS DE SALUD EN EL GRUPO FAMILIAR	
CON PROBLEMAS DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA (especificar y documentar enfermedad y gastos)	
ENFERMOS CRÓNICOS O TERMINALES EN EL GRUPO FAMILIAR (especificar y documentar enfermedad y gastos)	
ESPACIO PARA ESPECIFICAR PROBLEMA DE SALUD Y GASTOS ASOCIADOS:	

Si necesita más espacio, adjunte un informe sobre la situación de salud a esta postulación.	

INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR:

PADRE	\$
MADRE	\$
OTROS	\$
TOTAL	\$

CERTIFICADO DE REGISTRO DE HOGARES:

Tramo de calificación socioeconómica	
--------------------------------------	--

ESCOLARIDAD DE LA MADRE (Marque con una X la opción que corresponda)

Básica Incompleta		Media Completa		Universitario Incompleto	
Básica Completa		Técnica Incompleta		Universitario Completo	
Media Incompleta		Técnica Completa		Otro: (Especificar abajo)	
Otro:					

Declaro que los datos proporcionados en este formulario son fidedignos y acepto que podría ser, posteriormente, visitado por un personal designado por el Colegio, el cual se acreditará con una credencial oficial. EXÍJALA

Las Becas son de carácter anual y todos los alumnos ya beneficiados pueden postular nuevamente, si lo estiman conveniente y necesario.

Es esencial acompañar al Formulario de Postulación de Beca todos los antecedentes que se detallan en el reglamento de becas publicado en la página web del colegio, considerando modalidad, días y horas claramente especificados.

- Certificado de Registro Social de Hogares.
- Certificado de Cotizaciones A.F.P. (últimos 12 meses) y las Liquidaciones de sueldo de la(s) persona(s) que trabaja(n) dentro del grupo familiar (3 últimas liquidaciones)
- Trabajadores Independientes deben presentar Declaración de Impuesto a la Renta (últimos dos años).
- Declaración Jurada de Escolaridad de la madre (Fotocopia de Certificado)
- Certificado de alumno regular y matrícula de hermanos estudiando en instituciones distinta al Colegio Los Reyes.

Su caso no será considerado si no se presenta la documentación antes indicada.

**Correo electrónico solo para enviar documentos solicitados:
postulacionbecasclr@colegiolosreyes.cl**

Teléfonos de Sedes:

Sede Los Reyes : 224584114
Sede Sauce Media : 413256821
Sede Sauce Básica : 652757440

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN

Al postular, yo

RUT:, Autorizo que el Colegio Los Reyes envíe un representante a mi casa, el cual verificará que los antecedentes entregados para postular a la Beca año académico 2024, son verdaderos y meritorios.

En caso de comprobar que los datos han sido falseados, la familia pierde inmediatamente toda posibilidad de postular a futuro al sistema de Becas del Colegio.

Número telefónico	
Anote claramente su dirección y cualquier información que permita ubicar fácilmente su domicilio.	

.....
Firma del apoderado