**NOMBRE APODERADO (A) TITULAR SOLICITANTE:**

**CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL** (Obligatorio):

**TELÉFONO /CONTACTO:**

**DIRECCIÓN:**

**FECHA DE POSTULACIÓN: N° DE CARPETA** (Exclusivo trabajadora social):

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECA SOCIOECONÓMICA ISC AÑO 2023**

1. **IDENTIFICACIÓN DE POSTULANTE/ES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **FECHA NACIMIENTO** | **CURSO AÑO 2022** | **CURSO AÑO 2023** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

Deberá señalar a todas las personas que viven bajo el mismo techo y comparten ingresos y egresos, incluido estudiante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO** | **RUT** | **EDAD** | **NIVEL EDUACIONAL** | **PARENTESCO CON ESTUDIANTE** | **ACTIVIDAD LABORAL Y OTROS** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |

1. **TENENCIA Y TIPO DE VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR:**

(marque con una X en los espacios correspondientes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROPIETARIO** |  | Si es propietario, indique ROL de la vivienda. |  |
| **ARRENDATARIO** |  | Monto de dinero que cancela mensualmente. | $ |
| **ALLEGADO** |  | Ocupa vivienda junto a otros familiares. Señale si aporta a los gastos comunes, arriendo o dividendo. | $ |
| **OTROS** |  | Especificar: |  |

1. **DETALLE DE SITUACIÓN OCUPACIONAL/LABORAL DE LOS PRINCIPALES PROVEEDORES DEL GRUPO FAMILIAR**

Indique situación ocupacional del Jefe(a) de Hogar o de la persona que genera el principal ingreso del Grupo Familiar,

**NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE TRABAJO** | **MARQUE CON X** | **TIPO DE CONTRATO** | **OCUPACIÓN LABORAL** | **EMPRESA Y/O INTITUCIÓN** | **INGRESO MENSUAL LÍQUIDO** |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  | $ |
| INDEPENDIENTE |  |  |  |  | $ |
| JUBILADO |  |  |  |  | $ |
| CESANTE |  |  |  |  | $ |
| OTRO |  |  |  |  | $ |

Indique situación ocupacional de otra persona que genera ingresos para el grupo familiar (solo si aplica)

**NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE TRABAJO** | **MARQUE CON X** | **TIPO DE CONTRATO** | **OCUPACIÓN LABORAL** | **EMPRESA Y/O INTITUCIÓN** | **INGRESO MENSUAL** |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  | $ |
| INDEPENDIENTE |  |  |  |  | $ |
| JUBILADO |  |  |  |  | $ |
| CESANTE |  |  |  |  | $ |
| OTRO |  |  |  |  | $ |

1. **OTROS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR:**

Se considera el ingreso líquido, que es el total de los haberes menos los descuentos legales (AFP, SALUD, IMPUESTO, SEGURO CESANTÍA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE QUIEN RECIBE INGRESOS** | **PENSIONES** (alimentos, invalidez, otros) | **PYMES, EMPRENDIMIENTOS, OTROS** (debe señalar un monto mensual aproximado) | **INGRESOS INFORMALES**  (debe señalar un monto mensual aproximado) |
| 1. | $ | $ | $ |
| 2. | $ | $ | $ |
| 3. | $ | $ | $ |
| 4. | $ | $ | $ |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL INGRESOS** | $ |
| **TOTAL PER CAPITA (Uso exclusivo trabajadora social)** | $ |

1. **MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR ESTUDIANDO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NIVEL EDUACIONAL** | **CANTIDAD DE ESTUDIANTES** | **MENSUALIDAD/ARANCEL** | **VALOR DE TRANSPORTE** |
| EDUCACION PARVULARIA |  |  |  |
| ENSEÑANZA BÁSICA |  |  |  |
| ENSEÑANZA MEDIA |  |  |  |
| ENSEÑANZA SUPERIOR |  |  |  |
| Otros |  |  |  |

Miembro del grupo familiar que estudia fuera del lugar de residencia.

**Ciudad donde estudia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto de arriendo/pensión $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **GASTOS INSUMOS BÁSICOS MENSUALES**

(Los gastos declarados se deben respaldar con boletas; declarar gastos en consultas médicas, exámenes entre otros, solo si padece enfermedad que genere gastos permanentes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GASTOS FIJOS** | **VALOR** | **OTROS GASTOS** | **VALOR** |
| LUZ | **$** | CONSULTAS MÉDICAS | **$** |
| AGUA | **$** | MEDICAMENTOS | **$** |
| GAS | **$** | EXÁMENES | **$** |
| ALIMENTACIÓN (supermercado) | **$** | GASTOS IMPREVISTOS | **$** |
| ALIMENTACIÓN(feria) | **$** | CRÉDITO CASA COMERCIAL | **$** |
| VESTUARIO | **$** | CRÉDITO BANCARIO/CONSUMO | **$** |
| TELÉFONO | **$** | ARRIENDO | **$** |
| INTERNET | **$** | CRÉDITO HIPOTECARIO/DIVIDENDO | **$** |
| TV CABLE | **$** | ENTRETENCIÓN Y PASATIEMPO | **$** |
| TRANSPORTE: PASAJES Y/O BENCINA | **$** | OTROS 1: | **$** |
| PAGO MENSUAL COLEGIATURA | **$** | OTROS 2: | **$** |
| OTROS: | **$** | OTROS 3: | **$** |

1. **GASTOS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR:**

**ENFERMEDAD DE ALTO COSTO DE ALGÚN MIEMBRO FAMILIAR (SIN COBERTURA GES O SIMILAR).** (Indique nombre de la enfermedad y monto aproximado en gastos mensuales)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**SOBREENDEUDAMIENTO** (Indique deudas que sobrepasan el ingreso familiar)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **REGISTRO SOCIAL DE HOGARES**

**SEÑALE PORCENTAJE DE REGISTRO SOCIAL DE HOGARES, CORRESPONDIENTE A SU GRUPO FAMILIAR** (la información declarada en formulario de postulación debe coincidir con R.S.H)

|  |
| --- |
| % |

1. **BENEFICIOS RECIBIDOS ANTERIORMENTE:**

Indique si años anteriores ha recibido Beca ISC con rebaja de arancel: **Sí \_\_\_\_ NO \_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AÑO ASIGNACIÓN BECA ISC** | **SI - NO** | **PORCENTAJE OTORGADO** | **MONTO QUE CANCELABA** |
| 2019 |  | % | $ |
| 2020 |  | % | $ |
| 2021 |  | % | $ |
| 2022 |  | % | $ |

1. **FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD** (Lo más detallado posible)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **INDIQUE DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A ESTA POSTULACIÓN**

(Marque con una x la documentación presentada)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Fotocopia cédula de identidad de todos los integrantes del grupo familiar y/o certificado de nacimiento de cargas familiares. |  |
| 1. Fotocopia de las seis últimas liquidaciones de remuneraciones de todas las personas que trabajan en el grupo familiar, que viven en el hogar común. |  |
| 1. Certificado de cotizaciones de todos los integrantes del grupo familiar, mayores de 18 años **(incluyendo a la dueña/o de casa)** |  |
| 1. Respecto de la previsión del grupo familiar, debe adjuntar certificado de FONASA **(indicando letra)** o ISAPRE u otra institución de similar naturaleza (CAPREDENA - DIPRECA. etc.). |  |
| 1. Certificado AFP u otra previsión social (cotizaciones) de los últimos seis meses en original. |  |
| 1. 6 últimas Boletas de honorarios **(emitidas y de terceros).** |  |
| 1. 3 últimas declaraciones de IVA. |  |
| 1. 2 últimas declaraciones de Impuesto a la Renta. |  |
| 1. Si algún integrante del grupo familiar es pensionado o montepiado, adjuntar 3 últimas liquidaciones de pago. |  |
| 1. Persona que participa en Sociedad o empresa; Certificado de ingresos y egresos emitido por el contador. |  |
| 1. Si la familia del alumno (a) es beneficiara permanente de algún programa de gobierno o social, adjuntar certificado respectivo que acredite tal situación ( Chile Solidario, Programa Puente , Subsidio Único Familiar, Subsidio Agua Potable, Programa Chile Crece Contigo, entre otros.) |  |
| 1. En caso de cesantía, finiquito del último empleador colilla de pago de AFC **(padres, apoderados y/o sostenedor económico).** |  |
| 1. Resolución judicial por concepto de pensión alimenticia **(respaldo legal),** acuerdo informal, avenimiento o nulo aporte **(declaración jurada).** |  |
| 1. Fotocopia del comprobante de pago de los tres últimos meses de arriendo y contrato de arriendo. En el caso de ser comodatario o allegado, debe adjuntar declaración jurada del dueño(a) del inmueble. Si se es propietario, adjuntar comprobante de pago de dividendo con deuda o, en su defecto, si es propietario sin deuda, certificado de pago de contribuciones de bienes raíces. |  |
| 1. Boletas y respaldos de gastos relacionados con Instituciones Educativas o Universidades, por estudios de hermanos/as, padres o integrantes del grupo familiar, adjuntar certificado de alumno regular y la acreditación del gasto respectivo. Otros respaldos relacionados con arriendo o pago de vivienda, dpto., pensión en caso de estudiar fuera de la región |  |
| 1. Certificado médico por enfermedad grave de algún miembro de la familia, por tratamientos costoso de salud, enfermedad catastrófica o por discapacidad **( que viva en el hogar común)**, acreditando los gastos directos que la enfermedad genera a la familia. |  |
| 1. Certificado de defunción en caso de fallecimiento de uno de los padres de estudiante. |  |
| 1. Gastos fijos, adjuntar boletas de pago de: teléfono, luz, agua TV cable o televisión satelital, gastos comunes, celular, transporte escolar, internet, otros. En caso de tener asesora del hogar, adjuntar certificado de pago de cotizaciones. |  |
| 1. Cartola de Registro Social de Hogares actualizado **(obligatorio).** |  |
| 1. Otros, cualquier documento que respalde su postulación. |  |

**NOTA: LA PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES QUE FALTEN A LA VERDAD O ESTÉN ADULTERADOS ANULARÁN SU SOLICTUD SIN DERECHO A APELACIÓN, SIN PERJUICIO DE LAS ACCIONES QUE PUEDA ENTABLAR EL INSTITUTO SAGRADO CORAZÓN, DE LO CUAL SE HACE EXPRESA RESERVA.**

**DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES AQUÍ PRESENTADOS SON REALES Y FIDEDIGNOS.**

**EXPRESO MI CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZAR VISITAS DOMICILIARIA, DE SER REQUERIDO POR COMISIÓN INTERNA DE BECAS, CUYO OBJETIVO SERÁ LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ENTREGADA, PREVIA COORDINACIÓN CON LA TRABAJADORA SOCIAL DEL INSTITUTO.**

NOMBRE Y APELLIDO APODERADO TITULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_