

COMPROBANTE DE ALLEGAMIENTO

Este documento debe ser llenado por el dueño de la vivienda y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.

Declaro bajo juramento que en mi Casa habitación ubicada en:

.....
.....

Vive allegada la familia

Desde (fecha)

.....
Nombre Completo

.....
Firma y R.U.T.

Fecha

NOTA: Se entiende por allegado al grupo familiar que comparte una vivienda que no es propia y es habitada con otras personas o familia.

Estoy dispuesto/a que esta situación sea corroborada por la Asistente Social que corresponde, en cualquier momento y a aceptar las medidas pertinentes.

DECLARACIÓN DE APORTES DE TERCEROS

Este documento debe ser llenado por la persona que realiza los aportes y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.

Declaro bajo juramento que realizo aportes económicos al o la estudiante:

Nombre y apellidos.....

R.U.T...... **Carrera**.....

De \$..... **Mensuales.**

.....
Nombre Completo

.....
Firma y R.U.T.

Fecha.

Estoy dispuesto/a que esta situación sea corroborada por la Asistente Social que corresponde, en cualquier momento y a aceptar las medidas pertinentes.

CERTIFICADO DE MOVILIZACIÓN

(Para estudiantes que deben desplazarse diariamente una distancia igual o superior a 120 Km)

Yo _____ rut _____
domiciliado en _____ y
matriculado en _____. declaro que
diariamente debo desplazarme alrededor de 120 Km. diarios, lo que implica un
gasto mensual en movilización de \$ _____ (*adjunto documentación de
respaldo*).

Expreso que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en
caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postulo será revocado por el
Ministerio de Educación.

Además faculto a la Institución de Educación Superior a solicitar documentación
socioeconómica adicional, si fuese necesario.

Firma Postulante

Se debe adjuntar documentación de respaldo

Fecha:

CERTIFICADO DE PENSION DE ALIMENTOS

(Sólo para situaciones que no cuenten con pensión legalizada ante el Juzgado de Familia correspondiente, y que no es el único ingreso del grupo familiar)

Yo _____ (nombre de quien entrega el aporte) RUT _____,
padre/madre de _____ (Estudiante) RUT _____,
declaro que entrego la suma mensual de \$ _____, como aporte para su mantención y
que no hemos realizado el trámite correspondiente para legalizar la pensión de alimentos ante
el Juzgado de Familia.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de
incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula el alumno individualizado en el presente
documento será revocado por el Ministerio de Educación.

Además faculto a la Institución de Educación Superior a solicitar documentación
socioeconómica adicional, si fuese necesario.

Firma Postulante

Firma padre/madre

- Se debe adjuntar fotocopia de cédula de identidad de quién entrega el aporte.
- Se debe adjuntar última liquidación de sueldo de padre/madre
- Se debe adjuntar certificado de residencia de ambos padres.

Fecha

DECLARACIÓN JURADA DE GASTOS MENSUALES

Este documento debe ser llenado por el Jefe de Hogar y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca. **Se debe adjuntar los documentos que respaldan los gastos del período a declarar.**

Declaración corresponde al gasto del mes de..... N° de Integrantes grupo familiar
|_|_|_| N° de Integrantes que aportan|_|_|_|

NOMBRE POSTULANTE:.....

IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR

NOMBRE..... RUN.....
DOMICILIO..... FONDO.....
DOMICILIO LABORAL..... FONDO.....
PROFESION, OFICIO O ACTIVIDAD.....
TOTAL DE INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR \$.....

GASTOS FAMILIARE

\$ MENSUALES

Alimentación	.....
Arriendo	.....
Dividendo	.....
Contribuciones	.....
Luz	.....
Agua	.....
Combustible (gas, parafina, otros)	.....
Bencina	.....
Movilización	.....
Teléfono (fijo, celular)	.....
TV Cable	.....
Internet	.....
Útiles de Aseo	.....
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	.....
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	.....
Vestuario	.....
Salud	.....
Deudas	.....
Otros	.....
Total	.....

Observaciones _____

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna. Autorizo además cualquier investigación que sobre ella se realice.

.....
FIRMA JEFE DE HOGAR (OBLIGATORIA)

SANTIAGO,..... de de 2016

INFORME DE GASTOS MÉDICOS

Este documento debe ser llenado por el Jefe de Hogar y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.

NOMBRE PACIENTE
RUN
DIAGNOSTICO

ITEM/ PERIODO	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	TOTAL
CONSULTAS									
MEDICAMENTOS									
TRATAMIENTOS AMBULATORIO									
HOSPITALIZACIONES									
CIRUGIA									
ALIMENTACION ESPECIAL									
CUIDADOS ESPECIALES									
ARRIENDO EQUIPOS									
PAÑALES									
AMBULANCIA									
EXAMENES									
TOTAL									

**PROMEDIO
MENSUAL**

Observaciones

Fecha: / / 2016

INFORME DISCAPACIDAD

Sr. Doctor:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la Información requerida.

Nombre del Estudiante :
 RUN :
 Carrera :
 Nombre del paciente :
 Edad :
 Fecha de emisión :

Diagnóstico Discapacidad:

Orgánica Motora Sensorial

Leve Moderada Severa

Medicamentos.....

Alimentación especial.....

Necesidad de Ayuda para Autocuidado y Desplazamiento:

Nada Poca Moderada Máxima

Uso Especial de Elementos:

Ortesis Prótesis Muletas/Bastones Audífonos Silla Ruedas

Necesidades de Movilización Especial para Traslados Diarios:

Loc. Colectiva Taxi Furgón especial Otros

Monto promedio mensual de gastos: \$

Fecha: / / 2016

.....
Médico Tratante

(Timbre de Institución Responsable)

INFORME MÉDICO

Sr. Doctor:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted, aportar la Información requerida.

Nombre del Estudiante :

RUN :

Nombre del paciente :

Edad :

Fecha de emisión :

Diagnóstico Médico:

.....

.....

Enfermedad de alto costo

Enfermedad de mediano costo

Tratamiento

Medicamentos

Alimentación Especial.....

Insumos.....

Exámenes... ..

Monto promedio mensual de gastos: \$

Fecha: / / 2016

.....
Médico Tratante

(Timbre de Institución Responsable)

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

(Uso exclusivo para Acreditación Socioeconómica de Becas y Créditos)

Yo RUT.....

certifico que mi domicilio es en calle o pasaje

casa o Depto. N°..... en la Villa o Población

Comuna de..... en la ciudad de.....

Marcar con una X si la persona que llenó este certificado es:

Postulante

Jefe de Hogar

Padre o Madre

Declaro que la información entregada en el presente certificado es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio podrá ser revocado por el Ministerio de Educación.

Firma:

Fecha: / /

Nota 1: Adjuntar cuenta de servicio básico o cuenta de casa comercial, que certifique el domicilio señalado en el presente certificado y la identidad de quién lo llenó.

Nota 2: Este certificado puede ser llenado por el postulante o jefe de hogar.

Nota 3: En caso de padres separados, este certificado debe ser entregado por ambos padres con el respaldo correspondiente.



ESTADO DE SITUACION PATRIMONIAL AL ___/___/___

1.- DETALLE DE BIENES RAICES:

ACTIVOS:

TIPO	DESTINO	DIRECCION	ROL	AVALUO FISCAL \$	HIPOTECA A FAVOR DE	AVALUO FISCAL \$
					TOTAL \$	

Tipo: Casa, Depto., Estacionamiento, Terreno. Destino: Vivienda Comercial Otros.

Tipo: Auto, Camioneta, Camión, Furgón, Moto, Otros

Destino: Particular, Comercial, Laboral, Otro.

TIPO	DESTINO	MARCA	MODELO- AÑO	Nº PATENTE	PRENDA A FAVOR DE	AVALUO FISCAL \$

2.- DETALLE DE PARTICIPACION EN SOCIEDADES Tipo: Sociedades (Ltda., Sociedad de Profesionales, Anónima Cerrada, etc).

TIPO	RAZON SOCIAL	RUT	% DE PARTICIPACION	PATRIMONIO SOC. \$

3.- DETALLE DE INVERSIONES Y OTROS

Tipo: Acciones Sociedades Anónimas Abiertas, Depósitos a Plazo, Fondos Mutuos, Cuentas de Ahorro, Valores Negociables, Cuotas Cooperativas, APV, etc.

TIPO INVERSION	NOMBRE INSTITUCION O SOCIEDAD	CANTIDAD Nº	VALOR UNITARIO \$	TOTAL INVERSION \$

TOTAL ACTIVOS \$ _____

PASIVOS

1.- DETALLE DE DEUDAS ASOCIADAS AL ACTIVO

Tipo: Crédito Hipotecario, Crédito Automotriz, otros.

TIPO	INSTITUCION	Nº DE CUOTAS	VENCIMIENTO	PAGO MENSUAL \$	MONTO DEUDA INICIAL \$	MONTO DEUDA ACTUAL \$

TOTAL PASIVOS \$ _____

TOTAL ACTIVOS: \$	TOTAL PASIVOS: \$	TOTAL PATRIMONIO (Activos y Pasivos) \$
----------------------	----------------------	--

NOMBRE _____ RUT _____ FIRMA _____

NOTA: El jefe de familia se debe hacer responsable de la información que entrega. En caso de No tener bienes debe indicarlo y firmar.
DECLARO QUE TODA LA INFORMACION CONSIGNADA ES VERÍDICA, AUTORIZANDO POR ENDE A LA UNIVERSIDAD DE CHILE A COMPROBAR Y REQUERIR DE QUIEN CORRESPONDA LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS.



COMPROBANTE DE USUFRUCTO DE VIVIENDA

Este documento debe ser llenado por el dueño de la vivienda y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.

Declaro bajo juramento que otorgo en usufructo a la familia.....

.....

el inmueble (o parte del inmueble) ubicado en

.....

Comuna..... región.....

Debe efectuar aporte Si..... De \$..... Mensuales.

No.....

.....

Nombre Completo

.....

Firma y Rut

Fecha.....

NOTA: Se entiende por usufructo al grupo familiar que habita en una vivienda “que no es de su propiedad, que ha sido cedida de hecho o de palabra, por personas o instituciones”. Sin ser compartida con el dueño de ella.

Estoy dispuesto/a que esta situación sea corroborada por la Asistente Social que corresponde, en cualquier momento y a aceptar las medidas pertinentes.

COMPROBANTE DE USUFRUCTO DE VIVIENDA -Dueño Fallecido

Declaro bajo juramento que el fallecido(a)
Sr(a)..... es quien figura como
dueño(a) de la vivienda.

En la actualidad el inmueble (o parte del inmueble) ubicado en
.....
no se encuentra en trámite de posesión efectiva, sin embargo el grupo
familiar..... continúa habitando el mismo
domicilio.

La familia que actualmente ocupa la vivienda efectúa aportes:

Si de \$..... mensuales.

No

Debe adjuntar avalúo fiscal www.sii.cl. El antecedente entregado puede ser verificado por el Servicio de Bienestar Estudiantil.

.....
Nombre Completo

.....
Firma y RUN

Fecha: / / 2016

NOTA: Se entiende por usufructo al grupo familiar que habita en una vivienda “qu e no es de su propiedad, que ha sido cedida de hecho o de palabra, por personas o instituciones”. Sin ser compartida con el dueño de ella. Se debe adjuntar certificado de defunción del propietario.

COMPROBANTE PAGO DE PENSIÓN

El documento debe ser llenado por el dueño de la o administrador de la pensión o lugar donde resida.

Nombre del Alumno (a):

.....

Nombre del (a) Dueño (a):

.....

RUT: **Dirección:**

.....

Comuna: **Fono:**

- **Servicio que Otorga:**

Sólo Hospedaje _____

Alimentación _____

Lavado y planchado _____

Aseo _____

Pagó Mensual: \$.....

Fecha:

.....
Firma

Estoy dispuesto/a que esta situación sea corroborada por la Asistente Social que corresponde, en cualquier momento y a aceptar las medidas pertinentes.