

DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Nombre del Renovante / Postulante.....
 RUN:.....
 Nombre de la persona que declara gastos familiares.....
 Declaración corresponde al gasto del mes de.....

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Nombre :
 Rut :
 Domicilio :
 Teléfono :
 Ocupación :

DETALLE GASTO FAMILIAR	MONTO MENSUAL \$
Alimentación	
Útiles de Aseo	
Arriendo o Dividendo	
Luz y Agua	
Movilización	
Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.)	
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	
Teléfono/s (celular/es , fijo/s)	
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	
Vestuario	
Varios (recreación, deportes, combustible y mantenciones vehículo particular etc.)	
TOTAL	

Observaciones:

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, la beca a la que postula o renueva el alumno individualizado al inicio del presente documento será revocado.

Además faculto a la JUNAEB a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de la situación socioeconómica de mi grupo familiar durante todo el período que se haga efectivo la beca.

 Firma y Timbre Asistente Social

 Firma del Jefe de Hogar y/o Persona que declara

Fecha:

CERTIFICADO DE PATRIMONIO

Yo _____ RUT _____ certifico que cuento con
(nombre de quien entrega el aporte)

el/los siguiente/s patrimonio/s:

Bien Raíz, Vehículo Particular, Capital de Trabajo	
Bien Raíz y Vehículo Particular	
Bien Raíz y Capital de Trabajo	
Vehículo Particular y Capital de Trabajo	
Bien Raíz	
Vehículo Particular	
Capital de Trabajo	
No Tienen ningún Patrimonio	

Así mismos declaro poseer el parentesco de _____ con el/la renovante/postulante

(indicar parentesco con postulante – renovante)

RUT _____

(nombre del postulante – renovante)

Declaro que la información consignada este documento es fidedigna y completa, lo anterior bajo la responsabilidad que asumo en caso de incurrir en alguna omisión o falsedad. En el evento que JUNAEB detecte alguna omisión o falsedad en lo antes declarado, procederá a evaluar el posible rechazo de la postulación o supresión de la beca.

Firma Postulante / Renovante

Firma de quien declara patrimonio

Fecha: _____

CERTIFICADO DE APOORTE DE PARIENTES

Yo _____ RUT _____, declaro que entrego a
nombre de quien entrega el aporte
_____ RUT _____, con quien tengo parentesco de
Estudiante
_____, la suma de \$ _____, mensuales, como aporte para su mantención.
parentesco con el estudiante

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, la beca a la que postula o renueva el estudiante individualizado en el presente documento será revocado por JUNAEB.

Firma Postulante

Firma de quién entrega aporte

Fecha:

**CERTIFICADO MÉDICO DISCAPACIDAD POSTULACION BECAS DE MANTENCIÓN
(en caso de no contar otros medios de acreditacion)**

❖ Nombre del paciente :

❖ RUT :

❖ Edad :

❖ Fecha de emisión :

❖ **Diagnóstico Etiológico:**

❖ **Diagnóstico Discapacidad:**

◆ Orgánica :

◆ Motora :

◆ Sensorial :

❖ **Grado de Discapacidad:**

◆ Leve :

◆ Moderado :

◆ Severo :

❖ **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

Fecha:

.....
Firma médico Tratante y/o que certifica
(Timbre de Institución Responsable)

**INFORME MÉDICO PARA ACREDITAR ENFERMEDAD CRONICA O CATASTROFICA
POSTULANTES**

❖ Nombre del paciente :

❖ Rut :

❖ Edad :

❖ Fecha de emisión :

Enfermedad Crónica

Enfermedad Catastrófica

❖ **Diagnóstico:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha:

.....
Firma médico Tratante y/o que certifica
(Timbre de Institución Responsable)

FORMULARIO DE SUSPENSIÓN EDUCACIÓN SUPERIOR

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS ACADÉMICOS

NOMBRE INSTITUCIÓN: _____
NOMBRE CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT: NOMBRES: _____
APELLIDOS: _____
TELEFONO FIJO: _____
TELEFONO: _____
CELULAR: _____
E-MAIL: _____

2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (INGRESAR AÑO Y MARQUE CON UNA X LOS SEMESTRES DE SUSPENSIÓN)

INGRESAR AÑO	
ANUAL	
1º SEMESTRE	
2º SEMESTRE	

CRITERIO DE SUSPENSIÓN (MARQUE CON UNA X LA CRITERIO DE SUSPENSIÓN)

CRITERIO			
1.1 Enfermedad de salud mental		3.1 Cumplimiento servicio militar obligatorio.	
1.2 Accidentes - enfermedades		3.2 Catástrofes ambientales.	
1.3 Embarazo		4.1 Violencia intrafamiliar	
1.4 Maternidad		4.2 Alcoholismo – drogadicción Jefe de Hogar	
1.5 Cuidados de hijo menor de un año		4.3 Enfermedad salud mental de Jefe de Hogar	
2.1 Preparación para la PSU		4.4 Accidentes – enfermedades catastróficas del Jefe de hogar	
2.2 Dificultad para encontrar lugar de práctica		4.5 Fallecimiento del Jefe de Hogar	
2.3 Cierre carrera o Institución Educación Superior		5.1 Cesantía Jefe de Hogar	
2.4 Reorientación vocacional		5.2 Endeudamiento universitario	
2.5 Perfeccionamiento profesional - Pasantía o práctica en el extranjero.		5.3 Cesantía de estudiante que vive y se mantiene solo	
		5.4 Problemas económicos en núcleo familiar	

FIRMA DEL ESTUDIANTE/PADRE O ADULTO RESPONSABLE

FECHA SOLICITUD

CERTIFICADO PARA ACREDITAR FACTORES DE RIESGO

❖ Nombre del postulante

❖ Rut:

❖ Fecha de emisión:

Alcoholismo

Drogadicción

Violencia Intrafamiliar

❖ **Observación:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Nombre de Asistente Social o Psicólogo

.....
Firma Asistente Social o Psicólogo que certifica
(Timbre de Institución Responsable)

CERTIFICADO PARA ACREDITAR DEFICIT RED DE APOYO FAMILIAR

❖ Nombre del postulante:

❖ Rut:

❖ Fecha de emisión:

Apoyo sólo de la madre o sólo del padre (familia monoparental)

Sin los padres, a cargo de abuelos o parientes

Sin los padres, estudiante solo o a cargo de cuidadores, no parientes

❖ **Observación:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Nombre de Asistente Social o Psicólogo

.....
Firma Asistente Social o Psicólogo que certifica
(Timbre de Institución Responsable)

CONTENIDOS DE INFORME DE PLAN DE SUPERVISION DOCUMENTAL Y EN TERRENO

1. Antecedentes.

a) Introducción.

La elaboración y ejecución de un Plan Anual de Supervisión Documental y en Terreno por parte de las Direcciones Regionales de JUNAEB busca dar cuenta de las funciones de carácter permanente y primordial de la Unidad de Becas de la región de XXXXX en torno a desarrollar actividades y procedimientos de control y verificación de los antecedentes de los estudiantes que soliciten la beca.

b) Objetivo

Asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Decreto que rige el programa y lo dispuesto en la normativa vigente para la correcta focalización de la beca.

c) Objetivos Específicos

1. Establecer y efectuar las actividades de supervisión y control sobre los formularios de renovación y postulación.
2. Minimizar los errores en la aplicación de la normativa, en la documentación adjunta al formulario, así como, su correcta digitación del formulario en SINAB.
3. Verificar en terreno la información entregada en formulario de renovación/postulación.
4. Corregir los errores detectados en los formularios para dar cuenta de una correcta focalización de la beca.

2. Metodología.

a) Descripción trabajo de campo: Aquí la DR debe señalar como se desarrolla el proceso de revisión ex ante y ex post de revisión documental y en terreno.

b) Determinación de la muestra a supervisar: Se debe señalar el número de casos a supervisar en revisión documental y el número de casos para la supervisión en terreno, además, es necesario señalar los criterios con los cuales se selecciona la muestra a revisar.

3. Supervisión documental:

a) Principales resultados de revisión documental: aquí se debe señalar los resultados generales de la revisión documental en sus aspectos cuantitativos señalando la cantidad de formularios revisados, los Tipos de errores detectados en cuanto documentación presentada, aplicación de normativa y supervisión de digitación, además, se requiere señalar cuales son los errores más recurrentes.

b) Principales Hallazgos de revisión documental: aquí se debe señalar cuantos de los formularios que presentan errores requieren ser modificados en cuanto a la asignación de la beca, se debe señalar en cada caso las medidas a tomar (no incluye a los casos con errores que no requieren modificación en la asignación).

4. Supervisión en Terreno:

a) Principales resultados de supervisión en Terreno: se debe señalar los resultados generales de la supervisión en terreno señalando la cantidad de visitas realizadas, las desviaciones en cuanto a la documentación presentada y contraste con la información del formulario, además, se debe considerar la correcta aplicación de la normativa y la supervisión de digitación, finalmente se requiere señalar cuales son las situaciones detectadas en las visitas o desviaciones más recurrentes.

b) Principales Hallazgos de supervisión en Terreno: aquí se debe señalar cuantas visitas en terreno presentan desviaciones entre el formulario y lo observado en la visita, se debe especificar la situaciones que arrojaron modificación en cuanto a la asignación de la beca, se debe señalar en cada caso las medidas a tomar (no incluye a los casos no requieren modificación en la asignación).

5. Resultados.

a) Conclusiones: Se debe describir los principales resultados, se pueden clasificar los tipos de errores o desviaciones y/o realizar un ranking de las Unidades Operativas que mantienen mayor cantidad de errores o desviaciones.

b) Propuestas de mejoramiento: Se deben proponer mejoras en la recepción de las solicitudes por parte de la Red Colaboradora, así como, la revisión de documentación para los futuros procesos de asignación de Becas.

ANEXO XVIII

INFORME SOCIOECONÓMICO (Para alumnos renovantes de Educación Superior que estudian fuera de la región correspondiente al domicilio familiar).

INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTUDIANTE.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	FECHA NACIMIENTO	CARRERA

DIRECCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

CALLE SECTOR	Nº	POBLACIÓN O	COMUNA	CIUDAD	REGIÓN	TELÉFONO

DIRECCIÓN ACADÉMICA

CALLE SECTOR	Nº	POBLACIÓN O	COMUNA	CIUDAD	REGIÓN	TELÉFONO

INTEGRANTES GRUPO FAMILIAR

NOMBRES	RUT	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	CATEGORÍA OCUPACIONAL	SITUACIÓN LABORAL	LUGAR DE ESTUDIOS

INGRESOS, VIVIENDA Y EQUIPAMIENTO

INGRESOS GRUPO FAMILIAR		VIVIENDA QUE HABITAN		HACINAMIENTO		MATERIALIDAD MUROS		ESTADO CONSERVACIÓN		SANEAMIENTO BÁSICO		Patrimonio	
PADRE	\$	PROPIA		SI		SÓLIDA		BUENA		AGUA POTABLE		Bien raíz	
MADRE	\$	ADQUIRIENTE		NO		MIXTA		REGULAR		ELECTRICIDAD		Vehículo part.	

OTROS INGRESOS \$

ARRENDATARIO	
USUFRUCTUARIO	
ALLEGADO	

LIGERA	

DEFICIENTE	
------------	--

ALCANTARILLADO	
FOSA SÉPTICA	

Capital de trabajo

Observaciones (indicar si hubieren Enfermedades catastróficas, situaciones de stress familiar o enfermedades crónica, especificadas en Manual de Procedimientos.):

Opinión profesional (Referida a mantención de la beca):

Nombre Asistente Social Informante: _____

Institución: _____

Fecha: _____

Firma y Timbre: _____