



**SOLICITUD DE BECA SAN MARCELINO PRIMERO MEDIO 2025**

Familia: \_\_\_\_\_  
(Apellido paterno - Apellido materno)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Colegio Actual del Postulante: \_\_\_\_\_  
(Nombre Colegio - Ciudad)

CORREO ADULTO QUE HACER EL PROCESO: \_\_\_\_\_

**I. ANTECEDENTES FAMILIARES.**

Ingrese de **mayor a menor edad**, los datos de todas las personas que forman el grupo familiar y que viven con el postulante (Incluyendo al postulante).

Nº	Nombre y Apellidos	EDAD	Parentesco con Postulante	ACTIVIDAD	INGRESO
1					
2					
3					
4					
5					
				<b>TOTAL</b>	

**Certifique INGRESO indicado con:**

**Liquidación de Sueldo - Certificado de Cotizaciones (24 meses) - Declaración de Renta de todas las personas del hogar que tienen trabajo remunerado - Certificado de cargas familiares. Sin estos documentos, la solicitud es rechazada.**

**Hijos Alumnos en el IRA:** (Si los tiene, indíquelos ordenados por curso de mayor a menor)

	NOMBRE	Curso año 2024	Año Ingreso		NOMBRE	Curso año 2024	Año Ingreso
1				2			

Si tiene Beca del IRA este año 2024 por los hijos ya alumnos, indique el porcentaje =



**II. AYUDA DE OTRAS INSTITUCIONES** (Llene solamente si recibe otra ayuda social).

	EMPRESA	TIPO AYUDA RECIBIDA	MONTO ANUAL
El Padre			
La Madre			
El Alumno			
Otros			
Pensión Manutención			

**III. GASTOS EDUCACIONALES** (Sólo hijos estudiando en la Universidad). Adjuntar Certificados y comprobantes de pago de pensión o contrato de arriendo legalizado).

Hermanos estudiando en Universidad: Sí o No	Nombre Casa de Estudios:
Tache cual corresponda Cuántos: .....	
¿Paga pensión? Si ..... NO .....	Monto de la pensión \$ .....
Arancel mensual que paga la familia: \$ .....	¿Tiene Beca? Sí o No Marcar / encima Monto de la Beca: \$.....

**IV. ANTECEDENTES DE SALUD Crónico, de alto costo.** (Adjuntar Certificado y Boleta de Gastos Médicos).

¿Hay algún miembro del grupo familiar con problemas de salud crónico y de alto costo:	Sí	No
Quién:	Costo Mensual:	
Atendido por: FONASA..... ISAPRE..... PARTICULAR.....	Diagnóstico Médico:	Otros comentarios:
Adjuntar certificado de afiliación Fonasa y/o Plan de Isapre		

**V. TIPO DE VIVIENDA Y AUTO** (Complete con "X" e indique las cantidades de dinero). Adjuntar Certificado de Dividendo o Arriendo.

Propia	Arrendada	Cedida	Otros
Dividendo \$	Canon de arriendo \$	Documento que acredite esta condición	
Automóvil	Marca	Año	
Adjuntar Padrón por ambos lados.			

**NOTA:** No se considerarán los gastos (educación, salud y vivienda) que no se justifiquen con los certificados correspondientes.

**VI. SITUACIÓN QUE ORIGINA LA PETICIÓN**

.....

.....

.....

.....

.....



*Colegio Marista*  
RAFAEL ARIZTÍA QUILLOTA



**VII. DECLARACION JURADA SIMPLE:**

“Declaro bajo juramento que todos los datos indicados corresponden a verdad y que en el Grupo Familiar no tenemos ningún otro ingreso fijo ni esporádico más que los indicados en esta Declaración. Acepto que una Asistente Social del Colegio nos visite para entregar un informe de nuestra situación socioeconómica”.

\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Solicitante

\_\_\_\_\_

Firma

**NO SE CURSARÁ NINGUNA SOLICITUD DE POSTULACIÓN, SI NO VIENE EN FORMA COMPLETA, CORRECTA Y CON TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA ESTE EFECTO.**

**EN CASO DE PENSIONES ASIGNADAS POR LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA, ADJUNTAR RESOLUCIÓN.**

Quillota, ..... de ..... de 2024.-