CORPORACIÓN EDUCACIONAL MASÓNICA DE CONCEPCIÓN

SOLICITUD DE BECA ESCOLAR **Solicitud Nº_____**
COLEGIO FRATERNIDAD
AÑO LECTIVO 2021

Fecha de inicio : 22 de marzo 2021.
Fecha de término : 31 de marzo 2021.

1) **REGLAMENTO BECAS FINANCIAMIENTO COMPARTIDO DE LA CORPORACIÓN EDUCACIONAL MASÓNICA DE CONCEPCIÓN**

La beca tendrá vigencia mientras las circunstancias del grupo familiar lo ameriten y por el período de **un-año escolar**, siendo obligación de los padres informar cualquier cambio en su situación socio-económica.

DE LOS REQUISITOS PARA POSTULAR.
Los requisitos de postulación para obtener o renovar la beca son:

a) Situación SOCIO-ECONÓMICA del grupo familiar.
El solicitante deberá adjuntar una carta explicativa, dirigida al Presidente de la Comisión Becas, con los siguientes antecedentes:
- Formulario de Postulación a Becas con toda la información solicitada.
- Ultima liquidación de sueldo de ambos padres.
- Documento que indique si el grupo familiar habita en vivienda propia (adjuntar Certificado de Avalúo Fiscal) o arrendada (contrato de arriendo comprobante de pago de arriendo).
- Otros que pudiere solicitar el Profesional del área social.

El Colegio se reserva el derecho de verificar en terreno la documentación presentada.

b) Comportamiento conductual del alumno.
c) Estar al día en el pago de la colegiatura.
d) Compromiso de los padres y del alumno(a) de respetar las normas de buena convivencia escolar y del Reglamento Interno del establecimiento.

2) **ANTECEDENTES ALUMNO POSTULANTE:**

NOMBRE: _____ R.U.T.:_____

CURSO: _____ SEDE COLEGIO: _____

3) **ANTECEDENTES APODERADO - ECONÓMICO:**

NOMBRE: _____ R.U.T.: _____

PROFESIÓN U OFICIO_____LUGAR TRABAJO/EMPLEADOR_____

FONO: _____DIRECCIÓN: _____

SECTOR: _____COMUNA/CIUDAD:_____

RENTA BRUTA MENSUAL $_____OTROS INGRESOS $_____

4) **ANTECEDENTES SOCIO-ECONÓMICO GRUPO FAMILIAR:**

_____	_____
Nombre del Padre	Nombre de la Madre
_____	_____
Profesión u Oficio	Profesión u Oficio
_____	_____
Lugar de Trabajo/Empleador	Lugar de Trabajo/Empleador
Renta bruta mensual : $ _____	Renta bruta mensual : $ _____
Otros ingresos : $ _____	Otros ingresos : $ _____

5) **OTROS ANTECEDENTES GRUPO FAMILIAR:**

¿Tiene Certificado Social de Hogares ¿ Si o No _____ Porcentaje %_____
Si la respuesta es sí adjuntar respaldo.

Certificado de Subsidio o Programa del Estado_____

Total integrantes Grupo Familiar: _____ Total Hijos Estudiantes: _____

	Colegio/Universidad/Instituto	**Curso/Carrera**	**Mensualidad**
1.-	_____	_____	$_____
2.-	_____	_____	$_____
3.-	_____	_____	$_____
4.-	_____	_____	$_____
5.-	_____	_____	$_____

6) **DATOS VIVIENDA**

Vivienda propia : _____ Dividendo : $_____(Adjunta copia boleta)

Vivienda arrendada : _____ Canon : $_____(Adjuntar copia boleta)

Allegados :_____ ¿Con quién? _____

Cedida :_____ ¿ Por quién? _____

7) **ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO Y SU GRUPO FAMILIAR:**

Certificado Salud: Fonasa ☐ Isapre ☐

Si es Fonasa adjuntar respaldo

Enfermedad: ……..

Pronóstico: ……..…

Temporal …….. Duración……..Crónica……

Tipo de tratamiento: ……

Lugar donde se trata: ……..…….

Especialidad de médico tratante: …….

NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES QUE NO CONTENGAN TODA LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

_____

NOMBRE Y FIRMA
APODERADO ECONÓMICO