



USO EXCLUSIVO	COLEGIO DEL VALLE
NRO. POSTULACIÓN	
FECHA RECEPCION	

## FORMULARIO VULNERABILIDAD SOCIOECONOMICA AÑO 2024

DATOS RESPONSABLE FINANCIERO	
YO	
C.I.	
DOMICILIADO	
COMUNA	
CORREO	
FONO	

INDICAR MOTIVO PRINCIPAL DE SOLICITUD	(MARCAR CON UNA X)
BAJOS INGRESOS REMUNERACIONES	
CESANTIA	
ENFEREDAD ALTO COSTO	
OTRO (DETALLAR MOTIVO)	

DESCRIBIR BREVEMENTE LA SITUACION Y CONTEXTO QUE AFECTA AL GRUPO FAMILIAR POR LA QUE EFECTÚA SU SOLICITUD

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A) POSTULANTE	RUT	CURSO ACTUAL (2023)	PORCENTAJE ASISTENCIA 2023	PORCENTAJE ASISTENCIA 2022	OBTUVO BECA AÑO 2023 INDICAR %

RELACIÓN DE LOS PADRES (MARCA CON UNA X)						
CASADOS	CONVIVIENTE	PADRE VIUDO	MADRE VIUDA	SEPARADOS LEGALMENTE	SEPARADOS DE HECHO	FALLECIDOS
EL POSTULANTE VIVE CON (MARCA CON UNA X)						
AMBOS PADRES	CON EL PADRE		CON LA MADRE		OTROS (ESPECIFIQUE)	

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR					
NOMBRE COMPLETO	REMUNERACIONES Y PENSIONES	HONORARIOS	ARRIENDO DE BIENES RAÍCES	JUBILACIÓN	PENSIÓN ALIMENTICIA
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
<b>SUMATORIA DE</b>	\$	\$	\$	\$	\$

- Adjuntar las tres últimas liquidaciones de sueldo con firma y timbre del empleador
- Adjuntar Certificado de las últimas 12 cotizaciones previsionales de todos los integrantes que aportan ingresos en el hogar
- El trabajador independiente que acredita ingresos debe adjuntar: 3 últimos pagos del IVA, mas Boletas de Honorarios; y Declaración Anual de Renta, 3 últimos años
- Finiquito de trabajo del jefe de hogar, si lo hubiese.
- Registro social de hogares si contare con ella
- Declaración Jurada Notarial en donde acredite situación económica en desmedro (obligatorio).

TOTAL INTEGRANTES DEL NUCLEO FAMILIAR INCLUYENDO AL O LOS ESTUDIANTES:

BIEN RAÍZ TIPO DE VIVIENDA QUE OCUPA EL GRUPO FAMILIAR (MARCA CON UN TICKET)				
1	PROPIETARIO DE VIVIENDA PAGADA	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE		MONTO DEL DIVIDENDO
			\$	
2	PROPIETARIO DE VIVIENDA EN PAGO	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE		MONTO DEL DIVIDENDO
			\$	
3	ARRENDATARIO	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE		MONTO DEL DIVIDENDO
			\$	
RUT DEL PROPIETARIO		NOMBRE DEL PROPIETARIO	TELEFONO	DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO
4	USUFRUCTUARIO	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE		MONTO DEL DIVIDENDO
			\$	
RUT DEL PROPIETARIO		NOMBRE DEL PROPIETARIO	TELEFONO	DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO
5	ALLEGADO	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE		MONTO DEL DIVIDENDO
			\$	
RUT DEL PROPIETARIO		NOMBRE DEL PROPIETARIO	TELEFONO	DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO

- Adjuntar fotocopia de depósito o transferencia bancaria de los 6 últimos dividendos pagados y Gastos Comunes.

**\* SI ALGÚN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR ES PROPIETARIO DE UN BIEN RAÍZ QUE SE ENCUENTRA EN ARRIENDO COMPLETE EL SIGUIENTE RECUADRO**

RUT DEL PROPIETARIO	NOMBRE DEL PROPIETARIO	ROL	DIRECCIÓN DEL INMUEBLE	AVALÚO FISCAL	MONTO ARRIENDO
				\$	\$

### TENENCIA DE VEHÍCULOS

RUT DEL PROPIETARIO	NOMBRE DEL PROPIETARIO	AÑO	MARCA TIPO	PATENTE	USO DOMÉSTICO, COMERCIAL U OTROS	AVALÚO FISCAL / INDICAR CUOTA
						\$
RUT DEL PROPIETARIO	NOMBRE DEL PROPIETARIO	AÑO	MARCA TIPO	PATENTE	USO DOMÉSTICO, COMERCIAL U OTROS	AVALÚO FISCAL / INDICAR CUOTA
						\$
RUT DEL PROPIETARIO	NOMBRE DEL PROPIETARIO	AÑO	MARCA TIPO	PATENTE	USO DOMÉSTICO, COMERCIAL U OTROS	AVALÚO FISCAL
						\$

### DETALLE DE GASTOS BÁSICOS GENERALES

LUZ	\$	CABLE	\$	LOCOMOCIÓN	\$
AGUA	\$	INTERNET	\$	SUPERMERCADO	\$
TELÉFONO	\$	GAS	\$	OTROS	\$

- Adjuntar fotocopias de las cuentas y respectivos comprobantes de pago

### CARGA FINANCIERA SI USTED MANTIENE ALGÚN CRÉDITO COMERCIAL O DE OTRO TIPO ESPECIFIQUE

NOMBRE DEUDOR	INSTITUCIÓN ACREEDORA	PLAZO DE PAGO	FECHA DE TÉRMINO DEL CRÉDITO	MONTO TOTAL DEL CRÉDITO	CUOTA MENSUAL
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
<b>TOTAL</b>				\$	\$

- Adjuntar fotocopias de los respaldos de la cuenta y pagos realizados a la fecha

### GASTOS ACADÉMICOS SI ALGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR CURSA ESTUDIOS EN OTRO ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL, BÁSICO, MEDIO O SUPERIOR FAVOR ESPECIFICAR

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	INSTITUCIÓN EN LA QUE ESTUDIA	MENSUALIDAD	TRANSPORTE	COLACIÓN	MATERIALES	TOTAL
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$

		\$	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>		\$	\$	\$	\$	\$

**ANTECEDENTES DE SALUD SI ALGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA, SI HA SIDO SOMETIDO A CIRUGÍA ESTE AÑO O MANTIENE UNA DEUDA POR ATENCIÓN MÉDICA FAVOR LLENAR ESTA INFORMACIÓN**

NOMBRE PACIENTE	ENFERMEDAD U OPERACIÓN	INSTITUCIÓN MEDICA	FECHA DE LA INTERVENCIÓN

#### GASTOS MÉDICOS ASOCIADOS A ENFERMEDAD O CIRUGÍA

GASTO MENSUAL DE MEDICAMENTOS	GASTO MENSUAL DE CONTROLES	GASTOS ASOCIADOS A TRASLADO AL CENTRO MÉDICO	TOTAL
\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$
\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$	\$	\$

- Adjuntar certificado médico de la enfermedad o intervención quirúrgica
- Adjuntar fotocopia de los comprobantes de pago de todos los gastos mencionados

#### DECLARACIÓN:

- 1) Declaro estar informado de las condiciones establecidas para postular al beneficio de beca para mi hijo (a) de acuerdo al "Reglamento interno de becas" de Colegio del Valle, según lo establecido en la Ley N° 19.532/1997.
- 2) Declaro que la información consignada en este formulario es verídica y estoy informado de las sanciones a las cuales me expongo en caso contrario.
- 3) Se confiere mandato expreso a la institución para solicitar a las entidades correspondientes, los antecedentes necesarios para revisar y comprobar que los datos entregados en el presente formulario son fidedignos.
- 4) Autorizo a un representante del colegio (acreditado) para realizar una visita a mi casa y comprobar parte de la información declarada.
- 5) Adjunto documentos de respaldo que acredita mi situación de vulnerabilidad.
- 6) Colegio del Valle no recepcionará carpetas incompletas.

---

**FIRMA RUT Y HUELLA APODERADO**