**Formulario de Postulación a “Beca de Libre Disposición del Sostenedor”**

Estimado Apoderado y Familia:

Ud. tiene en sus manos el “Formulario de Postulación a Beca de Libre Disposición del Sostenedor” para el año escolar 2019. El propósito de este documento es acreditar contratiempos financieros que Ud. y su familia estén viviendo actualmente. Para ello, le solicitamos llenar todos los campos de antecedentes y acompañar la información proveída con todos los documentos necesarios.

Usted deberá entregar la documentación en la Administración de Colegio Montessori de Temuco. Cabe destacar que, no se recepcionarán postulaciones, incluso completas, posterior a la fecha indicada anteriormente y que la ausencia de información es causal de no cumplimiento de los requisitos solicitados. Esto da derecho a la Comisión de Becas para no procesar la solicitud en cuestión.

Es importante informarle a usted lo siguiente:

1. La información solicitada será tratada en forma confidencial.
2. Colegio Montessori de Temuco se reserva el derecho de verificar los antecedentes contenidos en este formulario.
3. La Comisión Becas determinará el porcentaje de beneficio anual asignado.
4. La solicitud de beca es por alumno y no por familia.
5. El resultado del proceso de selección es anual.
6. Los cupos para becas se determinan en forma anual.
7. **Identificación del alumno postulante**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo | : |  | | | |
| RUT | : |  | | | |
| Dirección | : |  | | | |
| Curso Actual | : |  | Curso Próximo | : |  |
| Año de Ingreso | : |  | | | |
| Promedio Año Actual | : |  | Promedio Año Anterior | : |  |
| N° Anotaciones | : |  | | | |
| Mensualidad Actual | : |  | | | |

1. **Identificación del Apoderado**

En esta sección, le solicitamos llenar los campos con la información del apoderado financieramente responsable por el alumno.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo | | | : |  | | | | | |
| Relación con el Alumno | | | : |  | | | | | |
| RUT | | | : |  | | | | | |
| Dirección | | | : |  | | | | | |
| Teléfono | | | : |  | | | | | |
| Estado Civil | | | : |  | | | | | |
| Nivel de Estudios **(Marque con X)** | | | | | | | | | |
| Ed. Básica |  | Ed. Media | | |  | Ed. Superior |  | Técnico |  |

Documentos a adjuntar:

* Fotocopia Cédula Identidad del Apoderado financieramente responsable.
* Fotocopia Cédula Identidad del Alumno Postulante.
* Fotocopia de la Libreta de Familia o Certificado de Nacimiento del Alumno

1. **Situación Laboral del Apoderado**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Profesión u Oficio | | : |  | | |
| Dependiente |  | | | Independiente |  |
| Razón Social Empresa | | : |  | | |
| Dirección Comercial | | : |  | | |
| Teléfono Comercial | | : |  | | |
| Cargo | | : |  | | |
| Total Haberes | | : |  | | |
| Total Líquido | | : |  | | |
| Imposiciones | | : |  | | |
| Otros | | : |  | | |

Documentos a adjuntar:

* Fotocopia de 3 últimas liquidaciones de sueldo.
* Fotocopia de 3 últimos pagos de imposiciones.
* En caso de ser trabajador independiente, fotocopia de Declaración de IVA de los últimos 6 meses, Declaración de Renta de los últimos 2 años.
* En caso de poseer otras rentas o pensiones (viudez o jubilación), fotocopia de certificados que lo acreditan.
* En el caso de cesantía, fotocopia de Finiquito legalizado del ultimo empleador.

1. **Grupo Familiar**
   1. **Integrantes**

Le solicitamos nos registre los integrantes de la familia que integran el grupo familiar.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Rol en la Familia | Nombre | Edad | Actividad | Ingresos  Monto1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. **Hermanos**

Indicar qué etapa de estudios están actualmente cursando los hermanos del alumno postulante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nivel de Estudios **(Marque con X)** | | | | |
| Ed.  Básica | Ed.  Media | Ed.  Superior | Técnico | No Estudian |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. **Antecedentes Económicos del Grupo Familiar: Ingresos Mensuales1**

Indicar el ingreso mensual líquido del grupo familiar sumando todos sus integrantes:

|  |  |
| --- | --- |
| Ingreso Mensual **(Marque con X)** | |
| Entre $200.000 y $400.000 |  |
| Entre $400.001 y $600.000 |  |
| Entre $600.001 y $800.000 |  |
| Entre $800.001 y $1.000.000 |  |
| Más de $1.000.000 |  |

**1**Los montos ingresados en la sección “Ingresos Mensuales” deben coincidir con lo anteriormente señalado en la columna de “Ingresos. Montos”.

Documentos a adjuntar

* Certificado de Estudios de cada hermano.
* Por cada otro integrante de la familia que aporte ingresos al grupo familiar, incluir:
* Fotocopia de 3 últimas liquidaciones de sueldo.
* Fotocopia de 3 últimos pagos de imposiciones.
* En caso de ser trabajador independiente, fotocopia de Declaración de IVA de los últimos 12 meses, Declaración de Renta de los últimos 2 años.
* En caso de poseer otras rentas o pensiones (viudez o jubilación), fotocopia de certificados que lo acreditan.
* En el caso de cesantía, fotocopia de Finiquito legalizado del ultimo empleador.

1. **Habitación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Propia | : |  | De familia | : |  |
| Dividendo | : |  | Valor cuota | : |  |
| Arriendo | : |  | Valor mensual | : |  |

Documentos a adjuntar:

* Fotocopia Certificado de avalúo de vivienda o Contribuciones.
* Copia de contrato de arriendo (notarial) o recibos de los 3 últimos meses.
* Certificado de deuda donde se indica el valor del dividendo.

1. **Vehículo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Modelo | Año | Valor Cuota  (si corresponde) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Documentos a adjuntar:

* Fotocopia del Padrón del vehículo.

1. **Salud**

|  |  |
| --- | --- |
| Sin Problemas de Salud |  |
| Con Problemas de Salud |  |

A continuación, le solicitamos mencionar aquellas situaciones que afecten el bienestar físico o sicológico de algún miembro de la familia y que Ud. considere pertinente informar.

Documentos a adjuntar:

* Certificados médicos.
* Certificado de Medicina Preventiva de Invalidez (COMPIN).

Una vez finalizado el proceso de llenado de todos los campos anteriores, indique el monto de arancel mensual para el año académico 2019 que Ud. Solicita cancelar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Monto sugerido | : | $ |