



### INFORME MÉDICO DISCAPACITADOS

❖ Nombre del paciente : .....  
❖ 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: .....

.....

Médico Tratante  
(Timbre de Institución Responsable)



**DECLARACIÓN JURADA DE GASTOS MENSUALES**

Este documento debe ser llenado por el Jefe de Hogar y constituye un instrumento imprescindible para el otorgamiento de beca.

Declaración corresponde al gasto del mes de..... Nº de Integrantes grupo familiar |\_\_|\_\_|  
 Nº de Integrantes que aportan |\_\_|\_\_|

**IDENTIFICACIÓN JEFE DE HOGAR**

NOMBRE.....R.U.T. ....

DOMICILIO.....FONO.....

DOMICILIO LABORAL.....FONO.....

PROFESION, OFICIO O ACTIVIDAD.....

**TOTAL DE INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR \$.....**

**GASTOS FAMILIARES**

**\$ MENSUALES**

Alimentación	.....
Arriendo	.....
Dividendo	.....
Contribuciones	.....
Luz	.....
Agua	.....
Combustible (gas, parafina, otros)	.....
Bencina	.....
Movilización	.....
Teléfono (fijo, celular)	.....
TV Cable	.....
Internet	.....
Útiles de Aseo	.....
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	.....
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	.....
Vestuario	.....
Salud	.....
Deudas	.....
Otros	.....
<b>Total</b>	.....

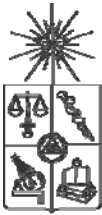
**OBSERVACIONES:**

.....  
 .....

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declarado bajo juramento que es fidedigna. Autorizo además cualquier investigación que sobre ella se realice.

.....  
**FIRMA JEFE DE HOGAR (OBLIGATORIA)**

**SANTIAGO**,..... de ..... de 20.....



## POSTULACIÓN A BENEFICIOS ECONÓMICOS AÑO 2012

### DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR EN FORMA OBLIGATORIA

#### I Identificación (\*)

• Fotocopia RUT del Postulante y su grupo familiar.	
• Certificado de residencia en caso de estar desvinculados de los padres.	
• Certificado de residencia en ambos padres en caso de haber separación de hecho.	

#### II Ingresos

##### 1. Trabajadores Dependientes

• Liquidaciones de sueldo de junio, julio y agosto 2011, del jefe de hogar y de los integrantes del grupo familiar que trabajen. (en este caso definir además aporte que realizan).	
• Certificado de Cotizaciones Previsionales de los últimos 12 meses de todas las personas que trabajen.	

##### 2. Trabajadores Independientes

• Declaración de Renta año 2011 (Formulario 22) y P.P.M. (Formulario 29): Meses de Marzo a Agosto año 2011 Declaración Promedio de Ingresos Contador.	
• Declaración Jurada simple de ingresos promedio mensuales durante los últimos 6 meses.	
• Certificado de Imposiciones en el caso de imponentes voluntarios.	
• Trabajadores honorarios presentar boletas emitidas en los últimos 6 meses y resumen boletas electrónicas otorgadas en <a href="http://www.sii.cl">www.sii.cl</a>	

##### 3. Pensionados

• Colilla de pago mes de agosto 2011.	
---------------------------------------	--

##### 4. Cesantes

• Finiquito e Indemnización o según corresponda Carta despido más documento Tribunal Laboral	
• Comprobante de pago subsidio de cesantía mes de agosto de 2011.	
• Declaración Jurada simple del promedio de ingresos mensual, indicando la actividad laboral que realiza.	

#### NOTA Además es requisito indispensable presentar:

• Certificado de Cotizaciones Previsionales de los 12 meses de todos los integrantes que se encuentran afiliados al sistema de A.F.P. En caso de no estar afiliado obtener certificado en <a href="http://www.safp.cl/573/article-3870.html">http://www.safp.cl/573/article-3870.html</a>	
• Todos aquellos integrantes del grupo familiar que realizaron Declaración de Impuesto a la Renta 2011 deben presentar copia de ella.	
• Aquellos integrantes de la familia que registran inicio de actividades en el SII, y no realizaron declaración 2010, deben presentar certificado del SII donde consta que no se realizó dicha declaración (obtener en <a href="http://www.sii.cl/renta/consultaestadodeclaración.cl">www.sii.cl/renta/consultaestadodeclaración.cl</a> )	

##### 5. Aportes

• Liquidación de sueldo (mes de agosto 2011) de los integrantes del grupo familiar que aporten (ejemplo: hermanos trabajando), además de una declaración jurada simple, del aporte que realizan o los comprobantes de pagos que realizan (dividendo, educación, gastos básicos, previsión).	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

#### III Gastos Familiares

• Formulario de declaración de gastos mensuales (con documentación de respaldo incluido los asociados a endeudamiento grave y problemas judiciales). Retirar Formulario en Bienestar Estudiantil. (Firma Obligatoria del Jefe de Hogar).	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

#### IV Vivienda

• Propietarios (Avalúo Fiscal año 2011).	
• Adquirentes (Avalúo Fiscal año 2011).	
• Usufructo (Avalúo Fiscal año 2011) y declaración jurada simple de usufructo del dueño de la propiedad) Retirar formulario en Servicio de Bienestar Estudiantil.	
• Allegados (Certificado de Dueño de la Propiedad y Avalúo Fiscal año 2011). Retirar formulario Bienestar Estudiantil.	
• Arrendatarios (Comprobante de pago último mes).	

#### VI Hermanos estudiantes

• Certificado alumno regular o matrícula y comprobante pago mensual.	
• Comprobante pago pensión del último mes (si corresponde).	

#### VII Antecedentes de Salud

• Certificado médico o formulario visado por médico tratante, indicando diagnóstico y tratamiento (formulario entregado por Servicio de Bienestar Estudiantil).	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

#### VIII Alumnos de Región

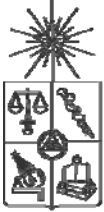
• Informe Socioeconómico Municipalidad de su región (Formulario en Bienestar Estudiantil).	
• Comprobante pago de pensión, Hogar Universitario (boleta) o declaración jurada simple del dueño de la casa en que vive en Santiago (Formulario Bienestar Estudiantil).	

#### IX Previsión de Salud (\*)

• Credencial de salud de acuerdo a su previsión. (Fotocopia).	
• Tarjeta de Gratuidad Salud Consultorio Municipal en caso que corresponda.	
• Si no tiene Previsión de Salud acreditarlo a través de Declaración jurada simple o Certificado Superintendencia de Salud	

#### X Anexos

• Toda otra situación especial debe ser documentada.	
------------------------------------------------------	--



**COMPROBANTE DE ALLEGAMIENTO**

Declaro bajo juramento que en mi Casa habitación ubicada en:

.....  
.....

Vive allegada la familia .....

Desde (fecha) .....

Debe adjuntar avalúo fiscal de vivienda ([www.sii.cl](http://www.sii.cl))

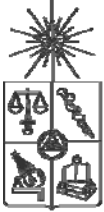
(El antecedente entregado puede ser verificado por el Servicio de Bienestar Estudiantil).

.....  
Nombre Completo

.....  
Firma y Rut

Fecha. ....

**NOTA:** Se entiende por allegado al grupo familiar que comparte una vivienda que no es propia y es habitada con otras personas.



**COMPROBANTE DE USUFRUCTO DE VIVIENDA**

Declaro bajo juramento que otorgo en usufructo a la familia

.....  
.....

el inmueble (o parte del inmueble) ubicado

en.....  
.....

Debe efectuar aporte Si..... De \$..... Mensuales.

No.....

Debe adjuntar avalúo fiscal ([www.sii.cl](http://www.sii.cl))

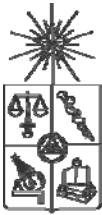
(El antecedente entregado puede ser verificado por el Servicio de Bienestar Estudiantil).

.....  
Nombre Completo

.....  
Firma y Rut

Fecha. ....

**NOTA:** Se entiende por usufructo al grupo familiar que habita en una vivienda “que no es de su propiedad, que ha sido cedida de hecho o de palabra, por personas o instituciones”. Sin ser compartida con el dueño de ella.



---

Universidad de Chile  
Vicerrectoría de Asuntos Académicos  
Dirección de Bienestar Estudiantil

---

**COMPROBANTE DE PAGO DE PENSIÓN**

Nombre del Alumno (a)

.....

Nombre del (a) Dueño (a) de Pensión

.....

RUT. N°.....

Domicilio.....

Fono.....

Monto: \$.....

Servicio que Otorga: .....

-----

Firma

Fecha:.....

Estoy dispuesto/a que esta situación sea corroborada por la Asistente Social que corresponde, en cualquier momento.



**Informe Social**

NOMBRE DEL ALUMNO..... FECHA  
 DE NACIMIENTO..... R.U.N. N°.....  
 ESTADO CIVIL..... CARRERA.....  
 CURSO..... MATRÍCULA N°.....  
 DOMICILIO PERIODO ACADEMICO.....  
 .....N° TELEFONO.....CELULAR.....  
 DOMICILIO GRUPO FAMILIAR.....  
 N° TELÉFONO..... CELULAR.....  
 DIRECCIÓN DEL TRABAJO DEL JEFE DE FAMILIA.....  
 .....  
 N° TELÉFONO..... CELULAR.....

PETICIÓN QUE FORMULA  
 .....  
 .....

**ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS DE LA FAMILIA**

Total de Ingresos netos mensuales del Jefe de Hogar \$.....  
 Total de Ingresos netos mensuales de otros miembros del grupo familiar \$.....  
 Total General de Ingresos \$.....

**POSESIÓN Y CALIDAD DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES**

**Vivienda**

CASA_____	Const. Sólida_____	Buena_____	Propietarios _____	Contri. \$ .....
DEPTO_____	Ligera, adobe_____	Regular_____	Adquirientes_____	Dividen. \$.....
PIEZA _____	Madera _____	Mala_____	Arrendatarios_____	Canon \$.....
OTROS_____	Mixta _____	Allegados _____	Usufructuario _____	

OBSERVACIONES (Descripción general del Barrio)  
 .....  
 .....

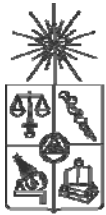
**Bienes Muebles:**

Descripción de la cantidad, calidad y estado de conservación, mobiliario y artículos sanitarios  
 .....  
 .....

**Automóvil u otro vehículo**

Posee \_\_\_\_\_ No posee \_\_\_\_\_ Tipo de vehículo que posee.....  
 Marca..... Año..... Marca..... Año.....

Servicio Doméstico: Tiene \_\_\_\_\_ No Tiene \_\_\_\_\_  
 Observaciones  
 .....  
 .....



ANTECEDENTES FAMILIARES

NOMBRE	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Estado Civil	Nivel de escolaridad	Actividad Ocupacional	Establecimiento donde estudia o trabaja	Previsión de salud	Ingresos

Observaciones

.....  
.....  
.....

SÍNTESIS DEL CASO Y OPINIÓN ASISTENTE SOCIAL

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOMBRE FIRMA ASISTENTE SOCIAL.....

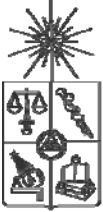
INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA. ....

DIRECCIÓN.....TELÉFONO.....

Nº DE REGISTRO COLEGIATURA O RUT.....

FECHA.....





---

Universidad de Chile  
Vicerrectoría de Asuntos Académicos  
Dirección de Bienestar Estudiantil

---

**TOMA DE CONOCIMIENTO DE VALIDEZ DE BENEFICIO PAE**

Mediante el presente documento, tomo conocimiento que la Beca del Programa de Atención Económica (PAE) que recibiré durante este año, será cancelada mediante el sistema de cheques, los cuales tienen una validez de 60 días para su cobro o depósito y que cualquier vencimiento de estos documentos es de mi exclusiva responsabilidad, por lo que la Universidad de Chile no está obligada de revalidar alguno de estos cheques.

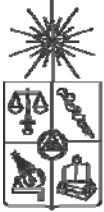
Nombre estudiante:.....

RUT: .....

Firma: .....

Fecha,.....





---

Universidad de Chile  
Vicerrectoría de Asuntos Académicos  
Dirección de Bienestar Estudiantil

---

## DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE APOORTE DE TERCEROS

Yo \_\_\_\_\_apoderado (a) del

Estudiante\_\_\_\_\_declaro bajo juramento

que recibo aporte (s) proveniente(s) de\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_consistente (s) en\_\_\_\_\_

mensuales.

(El antecedente entregado puede ser verificado por el Servicio de Bienestar Estudiantil).

\_\_\_\_\_

Nombre Completo

Rut y Firma

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN MÉDICA**

NOMBRE ALUMNO
---------------

RUT Nº	CARRERA
--------	---------

Sr. Doctor:

Con motivo de acreditar el gasto en salud del estudiante o de alguno de los integrantes de su grupo familiar, se solicita a usted,

aportar la Información requerida.

**Marcar con una x:**

Enfermedad de alto costo

Enfermedad de mediano costo

Nombre completo del paciente	Rut	Edad

Especificar los siguientes ítems según periodos de seis meses a la fecha

Diagnóstico:
--------------

Tratamiento	
Medicamentos	
Alimentación Especial	
Insumos	
Exámenes	
Otros Cuidados	
Nombre Médico	Rut
Firma y Timbre	Fecha:



GASTOS MEDICOS

NOMBRE PACIENTE  
CUT  
DIAGNOSTICO


ITEM/ PERIODO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	total
CONSULTAS								
MEDICAMENTOS								
TRATAMIENTOS AMBULATORIO								
HOSPITALIZACIONES								
QUIRURGIA								
ALIMENTACION ESPECIAL								
CUIDADOS ESPECIALES								
ARRIENDO EQUIPOS								
ANÁLISIS								
AMBULANCIA								
EXAMENES								
TOTAL								

PROMEDIO MENSUAL

--

Observaciones




ANEXO 7: ESTADO DE SITUACION PATRIMONIAL

AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ACTIVOS**

1.- DETALLE DE BIENES RAICES

TIPO	DESTINO	DIRECCION	ROL	AVALUO FISCAL \$	HIPOTECA A FAVOR DE	AVALUO FISCAL \$
					TOTAL \$	

Tipo: Casa, Depto., Estacionamiento, Terreno, Otros.

TIPO	DESTINO	MARCA	MODELO- AÑO	Nº PATENTE	PRENDA A FAVOR DE	AVALUO FISCAL \$

Destino: Vivienda Comercial

Tipo: Auto, Camioneta, Camión, Furgón, Moto, Otros

Destino: Particular, Comercial, Laboral, Otro.

3.- DETALLE DE PARTICIPACION EN SOCIEDADES

TIPO	RAZON SOCIAL	RUT	% DE PARTICIPACION	PATRIMONIO SOC. \$

Tipo: Tipo de sociedad (Ltda., Sociedad de Profesionales, Anónima Cerrada, etc).

4.- DETALLE DE INVERSIONES Y OTROS

TIPO INVERSION	NOMBRE INSTITUCION O SOCIEDAD	CANTIDAD Nº	VALOR UNITARIO \$	TOTAL INVERSION \$

Tipo: Acciones Sociedades Anónimas Abiertas, Depósitos a Plazo, Fondos Mutuos, Cuentas de Ahorro, Valores Negociables, Cuotas Cooperativas, APV, etc.

TOTAL ACTIVOS \$

**PASIVOS**

TIPO	INSTITUCION	Nº DE CUOTAS	VENCIMIENTO	PAGO MENSUAL \$	MONTO DEUDA INICIAL \$	MONTO DEUDA ACTUAL \$

1.- DETALLE DE DEUDAS ASOCIADAS AL ACTIVO

Tipo: Crédito Hipotecario, Crédito Automotriz, otros.

TOTAL PASIVOS \$

TOTAL ACTIVOS: \$	TOTAL PASIVOS: \$	PATRIMONIO (Activos - Pasivos) \$
----------------------	----------------------	--------------------------------------

DECLARO QUE TODA LA INFORMACION CONSIGNADA ES VERIDICA, AUTORIZANDO POR ENDE A LA UNIVERSIDAD DE CHILE A COMPROBAR Y REQUERIR DE QUIEN CORRESPONDA LOS ANTECEDENTES MENCIONADOS.

NOMBRE

RUT

FIRMA

**NOTA:** El jefe de familia se debe hacer responsable de la información que entrega. En caso de No tener bienes debe indicarlo y firmar.