



POSTULACIÓN PROGRAMA APOYO PREESCOLAR 2016

IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

Nombre alumno(a): _____ RUN _____

Facultad _____ Carrera _____

Domicilio _____ Comuna _____

Teléfono _____ E.mail _____

Sistema Previsional de Salud _____ Puntaje PAE _____

IDENTIFICACIÓN DE HIJO/A

Nombre hijo/a _____ F. Nacimiento _____

¿Enfermedad? especificar ¿Implica gastos? _____

ALTERNATIVA DE CUIDADO DE HIJO/A PARA PERIODO 2016 (marcar alternativa)

____ Jardín Infantil Junji/Integra/municipal ____ Cuidador(a) Particular

____ Jardín Infantil Particular ____ Otro ¿Quién? _____

____ Educación Escolar

USO DE BENEFICIO (marcar alternativa)

____ Cuidado de hijo/a

____ Manutención, especificar _____

COMPROMISO DEL CUIDADOR/A

En Santiago, a ____ de _____ del _____, yo _____

Rut _____ con domicilio en _____

Comuna _____ teléfono _____ acepto ser cuidador/a, de
_____ hijo/a del (la) estudiante de
la carrera _____ de la Facultad de _____,
comprometiéndome a:

1- Su cuidado los días;

_____ en
horario: _____

2- Avisar de forma escrita el término del compromiso de su cuidado.

3- El monto mensual por esta prestación de servicio asciende a: _____

Firma cuidador/a

Obs: Se debe adjuntar fotocopia Carnet de Identidad de quien ejerce el cuidado de hijo/a