

## DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Nombre del Renovante / Postulante.....  
 RUN:.....  
 Nombre de la persona que declara gastos familiares.....  
 Declaración corresponde al gasto del mes de.....

### IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Nombre : .....  
 Rut : .....  
 Domicilio : .....  
 Teléfono : .....  
 Ocupación : .....

DETALLE GASTO FAMILIAR	MONTO MENSUAL \$
Alimentación	
Útiles de Aseo	
Arriendo o Dividendo	
Luz y Agua	
Movilización	
Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.)	
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	
Teléfono/s (celular/es , fijo/s)	
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	
Vestuario	
Varios (recreación, deportes, combustible y mantenciones vehículo particular etc.)	
<b>TOTAL</b>	

Observaciones: .....  
 .....  
 .....

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, la beca a la que postula o renueva el alumno individualizado al inicio del presente documento será revocado.

Además faculto a la JUNAEB a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de la situación socioeconómica de mi grupo familiar durante todo el período que se haga efectivo la beca.

\_\_\_\_\_  
 Firma y Timbre Asistente Social

\_\_\_\_\_  
 Firma del Jefe de Hogar y/o Persona que declara

Fecha: .....

## CERTIFICADO DE PATRIMONIO

Yo \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ certifico que cuento con  
(nombre de quien entrega el aporte)

el/los siguiente/s patrimonio/s:

Bien Raíz, Vehículo Particular, Capital de Trabajo	
Bien Raíz y Vehículo Particular	
Bien Raíz y Capital de Trabajo	
Vehículo Particular y Capital de Trabajo	
Bien Raíz	
Vehículo Particular	
Capital de Trabajo	
No Tienen ningún Patrimonio	

Así mismos declaro poseer el parentesco de \_\_\_\_\_ con el/la renovante/postulante  
(indicar parentesco con postulante – renovante)

RUT \_\_\_\_\_

(nombre del postulante – renovante)

Declaro que la información consignada este documento es fidedigna y completa, lo anterior bajo la responsabilidad que asumo en caso de incurrir en alguna omisión o falsedad. En el evento que JUNAEB detecte alguna omisión o falsedad en lo antes declarado, procederá a evaluar el posible rechazo de la postulación o supresión de la beca.

\_\_\_\_\_  
**Firma Postulante / Renovante**

\_\_\_\_\_  
**Firma de quien declara patrimonio**

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

## CERTIFICADO DE APOORTE DE PARIENTES

Yo \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_, declaro que entrego a  
nombre de quien entrega el aporte  
\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_, con quien tengo parentesco de  
Estudiante  
\_\_\_\_\_, la suma de \$ \_\_\_\_\_, mensuales, como aporte para su mantención.  
parentesco con el estudiante

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, la beca a la que postula o renueva el estudiante individualizado en el presente documento será revocado por JUNAEB.

\_\_\_\_\_  
**Firma Postulante**

\_\_\_\_\_  
**Firma de quién entrega aporte**

**Fecha:**

**CERTIFICADO MÉDICO DISCAPACIDAD POSTULACION BECAS DE MANTENCIÓN**  
(en caso de no contar otros medios de acreditacion )

❖ Nombre del paciente : .....

❖ RUT : .....

❖ 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: .....

.....  
Firma médico Tratante y/o que certifica  
(Timbre de Institución Responsable)

**INFORME MÉDICO PARA ACREDITAR ENFERMEDAD CRONICA O CATASTROFICA  
POSTULANTES**

❖ Nombre del paciente : .....

❖ Rut : .....

❖ Edad : .....

❖ Fecha de emisión : .....

Enfermedad Crónica

Enfermedad Catastrófica

❖ **Diagnóstico:** .....

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

Fecha: .....

.....  
Firma médico Tratante y/o que certifica  
(Timbre de Institución Responsable

**CERTIFICADO PARA ACREDITAR FACTORES DE RIESGO**

❖ Nombre del postulante .....

❖ Rut: .....

❖ Fecha de emisión: .....

Alcoholismo

Drogadicción

Violencia Intrafamiliar

❖ **Observación:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Nombre de Asistente Social o Psicólogo

.....  
Firma Asistente Social o Psicólogo que certifica  
(Timbre de Institución Responsable)

**CERTIFICADO PARA ACREDITAR DEFICIT RED DE APOYO FAMILIAR**

❖ Nombre del postulante: .....

❖ Rut: .....

❖ Fecha de emisión: .....

Apoyo sólo de la madre o sólo del padre (familia monoparental)

Sin los padres, a cargo de abuelos o parientes

Sin los padres, estudiante solo o a cargo de cuidadores, no parientes

❖ **Observación:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Nombre de Asistente Social o Psicólogo

.....  
Firma Asistente Social o Psicólogo que certifica  
(Timbre de Institución Responsable)





**ANEXO XVIII**

**INFORME SOCIOECONÓMICO (Para alumnos renovantes de Educación Superior que estudian fuera de la región correspondiente al domicilio familiar).**

**INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTUDIANTE.**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>	<b>RUT</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>CARRERA</b>

**DIRECCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

<b>CALLE</b>	<b>Nº</b>	<b>POBLACIÓN O</b>	<b>COMUNA</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>REGIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
<b>SECTOR</b>						

**DIRECCIÓN ACADÉMICA**

<b>CALLE</b>	<b>Nº</b>	<b>POBLACION O</b>	<b>COMUNA</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>REGIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>
<b>SECTOR</b>						

**INTEGRANTES GRUPO FAMILIAR**

<b>NOMBRES</b>	<b>RUT</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>CATEGORÍA OCUPACIONAL</b>	<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	<b>LUGAR DE ESTUDIOS</b>

**INGRESOS, VIVIENDA Y EQUIPAMIENTO**

<b>INGRESOS GRUPO FAMILIAR</b>		<b>VIVIENDA QUE HABITAN</b>		<b>HACINAMIENTO</b>		<b>MATERIALIDAD MUROS</b>		<b>ESTADO CONSERVACIÓN</b>		<b>SANEAMIENTO BÁSICO</b>		<b>Patrimonio</b>	
<b>PADRE</b>	<b>\$</b>	<b>PROPIA</b>		<b>SI</b>		<b>SÓLIDA</b>		<b>BUENA</b>		<b>AGUA POTABLE</b>		<b>Bien raíz</b>	
<b>MADRE</b>	<b>\$</b>	<b>ADQUIRIENTE</b>		<b>NO</b>		<b>MIXTA</b>		<b>REGULAR</b>		<b>ELECTRICIDAD</b>		<b>Vehículo part.</b>	

OTROS INGRESOS \$

ARRENDATARIO	
USUFRUCTUARIO	
ALLEGADO	

LIGERA	

DEFICIENTE	
------------	--

ALCANTARILLADO	
FOSA SÉPTICA	

Capital de trabajo

Observaciones (indicar si hubieren Enfermedades catastróficas, situaciones de stress familiar o enfermedades crónica, especificadas en Manual de Procedimientos.:

---

---

---

---

Opinión profesional (Referida a mantención de la beca):

---

Nombre Asistente Social Informante: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

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

Firma y Timbre: \_\_\_\_\_