

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.) | |
| TOTAL | |

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)