



**5) ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR**

Se debe consignar en cada casilla los datos de todas las personas que constituyan el grupo familia. Si la familia del alumno(a) vive en calidad de allegada o con otra familia, debe definir bien si constituyen una sola familia o son grupos familiares distintos, ya que se considerarán, en caso de lo primero, todos los miembros, así como todos los ingresos de ésta.

	Nombre	Parentesco con el(la) alumno(a)	RUT	Edad	Nivel Educativo	Actividad	Ingresos totales mensuales. (si no recibe tachar la casilla)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
TOTAL DE INGRESOS							

**6) SITUACIÓN DE LA VIVIENDA QUE OCUPA EL GRUPO FAMILIAR:**

PROPIETARIO:	Si es propietario, indique ROL de la vivienda: _____
CANCELA DIVIDENDO:	Valor que cancela mensualmente : \$ _____
ARRENDATARIO	Valor que cancela mensualmente: \$ _____
ALLEGADO	(Ocupa la vivienda junto a otros familiares, sin pagar arriendo o dividendo)
OTROS	Especificar: _____

**7) TIPO DE SU VIVIENDA:**

CASA
 | 
  DEPARTAMENTO
 | 
  PIEZA

**8) TENENCIA DE VEHÍCULO:**

TIENE VEHÍCULO  SI  NO
 | 
  DE USO PARTICULAR  SI  NO
 | 
  DE USO COMERCIAL  SI  NO

INDIQUE AÑO, MARCA Y MODELO:.....

**9) SITUACIÓN OCUPACIONAL:**

El o la Jefa de hogar y/o la persona que genera el principal ingreso del grupo familia es:

Trabajador Dependiente
 | 
  Trabajador Independiente
 | 
  Jubilado
 | 
  Cesante

Actividad que desempeña:.....

¿Dónde? .....

**10) INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR:**

Nombre de quien recibe	Sueldo \$	Pensión(es) \$	Otros ingresos \$

**11) INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR ESTUDIANDO:**

	¿Cuántos?	Aranceles
PRE BÁSICA		
ENSEÑANZA BÁSICA		
ENSEÑANZA MEDIA		
ENSEÑANZA SUPERIOR		

**12) ANTECEDENTES DE SALUD**

¿Hay algún familiar, que viva con el (la) alumno(a), que sufra alguna enfermedad crónica o catastrófica o presenta alguna discapacidad y que por estos motivos de salud dependa de otro para realizar las actividades cotidianas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Indique los datos de las personas y la enfermedad que padece. Solamente se considerarán las enfermedades que tengan respaldo documentado.

NOMBRE	ENFERMEDAD

**13) DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR A ESTA POSTULACIÓN**

Liquidación de sueldo.
Certificado de cotizaciones, últimos 12 meses
Boletas de Honorarios, últimos seis meses
Formularios IVA, últimos tres meses
Comprobante de Pensión
Certificados que acrediten estudios de otros integrantes de la familia
Certificados que acrediten enfermedad de alto costo
Certificados Alumnos Regular de Hijos que estudian en otros colegios o en Educación Superior
Informe socio-económico-cultural del grupo familiar extendido por Asistente social o Ficha del <b>Registro Social de Hogares</b> actualizada o instrumento que la reemplace, si se cuenta con ella. Si no cuenta con alguno de estos instrumentos, se deberá entregar una declaración jurada indicando el nivel de escolaridad que alcanzó la madre del o los postulantes o <b>Certificado de escolaridad de la madre</b> del postulante
Padrón o Permiso de Circulación de vehículo
Acreditar Capital de Trabajo
En caso de cesantía; finiquito del último empleador
Certificado médico por enfermedad grave de algún miembro del grupo familiar, por tratamiento costoso de salud, o por discapacidad.
Certificado de asistente social de la Municipalidad, que acredite calidad de allegado o allegada, contratos de comodato o arriendo y en su caso, comprobante de pago de dividendo hipotecario, o certificado de pago de contribuciones

	Recibos de insumos básicos: luz, agua, gas.
	Acreditar los ingresos declarados en la solicitud

**NOTA. LA PRESENTACIÓN DE TODOS LOS ANTECEDENTES DEBEN SER ENTREGADOS EN LA SECRETARÍA DEL COLEGIO, ARCHIVADOS EN UNA CARPETA.**

**DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES PRESENTADOS SON REALES**

**NOMBRE.....FIRMA.....RUT.....**

