 FUNDACIÓN MADRE MARÍA JOSÉ

ESCUELA LOS PAÍSES BAJOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO POSTULACIÓN A BECA AÑO ESCOLAR 2021** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1 | **Datos alumno:** |  |  |  |  |
|  | Nombre completo |   |   |  |  |
|  | Cédula de Identidad |   |   |  |  |
|  | Curso |   |   |  |  |
|  | Dirección |   |   |  |  |
|  |  |   |   |  |  |
| 2 | **Datos Tutor económico:** |   |   |  |  |
|  | Nombre completo |   |   |  |  |
|  | Cédula de Identidad |  |   |  |  |
|  | Parentesco alumno (a) |   |   |  |  |
|  | Dirección |   |   |  |  |
|  | Teléfono |   |   |  |  |
|  | Correo electrónico |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Identificación del grupo familiar** |  |  |  |  |
|  | **Nombre** | **Parentesco** | **Actividad u ocupación** | **Ingreso mensual** |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Situación de Vivienda** |  |  |  |  |
|  | Arrienda | Propia | Allegados | Otra  |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Antecedentes de Salud del grupo familiar** |  |  |  |
|  | En caso de existir alguna enfermedad crónica, catastrófica, invalides, discapacidad u otra, deberá adjuntar certificado médico correspondiente. |
|  |  |  |  |  |  |
| 6 | **Detalle de gastos mensuales** |  |  |  |  |
|  | Vivienda |   |  |  |  |
|  | Servicios básicos (luz, agua, etc.) |   |  |  |  |
|  | Alimentación |   |  |  |  |
|  | Salud |   |  |  |  |
|  | Deudas financieras |   |  |  |  |
|  | Deudas comerciales |   |  |  |  |
|  | Movilización |   |  |  |  |
|  | Educación |   |  |  |  |
|  | Otros (especificar) |   |  |  |  |
|  | **Total gastos** |   |  |  |  |