**ANEXO**

**FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN AÑO 2023**

SOBRE ASIGNACIÓN DE “APOYO ESTUDIANTIL EDUCACION SUPERIOR”

 ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LONGAVÍ.

 **Nº :**

 **FECHA:**

1. **Antecedentes Personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| RUT |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Domicilio |  |
| Teléfono |  |
| Mail de contacto |  |
| Cuenta Rut, Banco Estado (Marcar con X) | SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  |

**2. Antecedentes solicitados (Marque con una X los que se adjuntan)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentos** | **Si** | **No** |
| Formulario Único de postulación entregado en DIDECO. |  |  |
| Fotocopia cédula de identidad. |  |  |
| Certificado de matrícula u otro documento equivalentes (declaración jurada simple) del beneficiario y en caso que corresponda de otros miembros del grupo. Que cursen educación superior.  |  |  |
| En caso de enfermedades catastróficas y/o discapacidad, presentar certificado correspondiente. (Cáncer o Credencial de discapacidad)  |  |  |
| Fotocopia de cartola o semejante de cuenta RUT. |  |  |
| Otros documentos que demuestren gastos relevantes para el grupo familiares.(operaciones médicas o gastos en área de salud) | . |  |

**CRITERIOS DE SELECCIÓN (no ingresar datos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterio** | **Valor (datos)** | **Nota** |
| 1. Tramo Registro social de Hogares %.
 |  |  |
| 1. Número de miembros del grupo familiar que se encuentran estudiando en la educación superior.
 |  |  |
| 1. Enfermedades catastróficas y/o Discapacidad del grupo familiar.
 |  |  |
| 1. ¿Beneficiario, obtuvo la beca año anterior?
 |  |  |
| 1. Justificación Social de la profesional. (criterio profesional)
 |  |  |
| **TOTAL** |  |

**Justificación Social de la profesional. (Criterio profesional)**

|  |
| --- |
|  |

**3. Antecedentes Familiares**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **Rut** | **Nivel educacional** | **Parentesco con el postulante** | **Actividad** | **Ingresos** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Especificar lugar de trabajo de jefe o jefa de hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicar si otro miembro de la familia es beneficiario de la beca estudiantil (MARCAR X):

 SI\_\_\_\_ NO\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**Total, ingresos familiares:**