



Universidad de Concepción
Dirección de Personal

Formulario postulación Beca Jardín Infantil

Complete la Ficha con los antecedentes solicitados, presentando documentación de respaldo. La información entregada será recepcionada y evaluada entre otros instrumentos con Visita Domiciliaria., por la Asistente Social.

I. Identificación del Trabajador

Apellido paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento		Cédula de Identidad			Sindicato
Estado Civil		Nombre Cónyuge			
Domicilio			Correo electrónico		Teléfono / Anexo
Tipo de contrato	Cargo Actual	Jornada	Grado	Repartición	

II. Identificación del niño o niña postulante:

Apellido paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento	Run niño o niña	Jornada Jardín Infantil	Semestre de inicio	Nombre del Jardín	
Nombre del Padre/ Madre no funcionario			Rut y Teléfono Padre/ Madre no funcionario		

III. Grupo Familiar (Personas que vivan con el trabajador, incluyendo allegados permanentes)

Nombre	Rut	Edad	Parentesco	Ocupación	Lugar de Trabajo o estudio

IV. Antecedentes económicos del grupo familiar

Nombre	Parentesco	Remuneraciones y pensiones	Honorarios	Arriendo Bienes Raíces	Arriendo Vehículos	Pensión de alimentos	Otros Ingresos

V. Antecedentes Familiares

Tenencia vivienda Marque con una X	
Propietario (Pagada)	
Propietario (En pago)	
Arrendatario	
Usufructuario	
Allegado	

Registro Social de Hogares	
Porcentaje	

VI. GASTOS FAMILIARES (Declarar gastos a pagar mensualmente, no deudas totales que se posean, no presentar boletas)

DETALLE	Monto Mensual (\$)
Alimentación	
Arriendo o Crédito Hipotecario, gastos comunes	
Servicio Básicos	
Locomoción, movilización	
Combustible (gas, parafina, leña, bencina, etc.)	
Teléfono Fijo	
Teléfono Móvil	
Internet	
Educación (Centro de padres, escolaridad, letras, etc.)	
Vestimenta	
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	
Varios (útiles de aseo, recreación, cuotas, etc.)	
Préstamos bancarios, Asociación del Personal, Caja Compensación, otros	
Otros	
TOTAL	

VII. Antecedentes Socio familiares

Antecedentes de salud:

Nombre	Diagnóstico	Gasto medicamentos permanentes

Otros Antecedentes

Declaro que toda la información entregada corresponde a la realidad, cualquier omisión será causal de perdida del beneficio

Firma