



Dirección de Personal

**Formulario postulación Beca Jardín Infantil año 2019**

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.

1. **Identificación del Trabajador**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido paterno | | | Apellido Materno | | | | Nombres | | | |  |
| Fecha de Nacimiento | | Cédula de Identidad | | | Nº Matrícula | | | | | Sindicato | |
| Estado Civil | | Nombre Cónyuge | | |  | | |  | |  | |
| Domicilio | |  | | |  | | | | | Teléfono / Anexo | |
| Tipo de contrato | Cargo Actual | | | Jornada | | Grado | | | Repartición | | |

1. **Identificación del niño o niña Postulante:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido paterno | | | Apellido Materno | | | Nombres | |  |
| Fecha de Nacimiento | | Rut Menor | | | Jornada | Semestre | | Nombre del Jardín |
| Nombre del Padre/ Madre |  |  | |  | | | Rut Padre/ Madre | |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Rut** | **Edad** | **Parentesco** | **Ocupación** | **Lugar de Trabajo o estudio** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Antecedentes económicos del grupo familiar**

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

1. **Antecedentes Familiares**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Patrimonio** | |
| Tiene bien raíz |  |
| Tiene Vehículo Particular |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Registro Social de Hogares |  |

1. **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** |  |

1. **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**