



**Universidad de Concepción**  
Dirección de Personal

**Formulario postulación Beca Jardín Infantil año 2022**

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**

<b>Tenencia vivienda</b> Marque con una X	
Propietario (Pagada)	<input type="checkbox"/>
Propietario (En pago)	<input type="checkbox"/>
Arrendatario	<input type="checkbox"/>
Usufructuario	<input type="checkbox"/>
Allegado	<input type="checkbox"/>

<b>Patrimonio</b>	
Tiene más de 1 bien raíz	<input type="checkbox"/>

<b>Registro Social de Hogares</b>	
Porcentaje	<input type="checkbox"/>

**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	
<b>TOTAL</b>	

**VII. Antecedentes Socio familiares**

**Antecedentes de salud:**

<b>Nombre</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Gasto medicamentos permanentes</b>

**Otros Antecedentes**

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

\_\_\_\_\_ **Firma**