

**COLEGIO SANTA MARÍA DE LA CORDILLERA (FUND. CHAMINADE)**

Avenida Gabriela Poniente 662, Puente Alto, Santiago — Tel: 3699238 / 3699239

www.csmc.cl**SOLICITUD DE BECA ESCOLAR 2027***Declaración del postulante — Evaluación Socioeconómica*

Este formulario es obligatorio y debe adjuntarse completo para que la Comisión de Becas del CSMC pueda realizar la evaluación socioeconómica. Complete todos los campos en letra imprenta o digitalmente en este archivo. Los montos de ingresos y gastos deben acreditarse con la documentación de respaldo correspondiente (liquidaciones de sueldo, boletas, contratos, etc.); la falta de dichos respaldos es causal de no cursar la postulación.

I. DATOS DEL/LOS ALUMNO/A(S) QUE POSTULA(N) A BECA 2027

N°	Nombre completo del alumno/a	Curso 2026

II. DATOS DEL APODERADO O ADULTO RESPONSABLE DEL ALUMNO/A QUE COMPLETA LA SOLICITUD

Nombre completo		RUT	
Dirección		Celular	
Mail		Teléfono Fijo	

Responsable del pago de colegiatura — completar solo si es una persona distinta a la indicada anteriormente:

Nombre completo		RUT	
Dirección		Celular	
Mail		Teléfono Fijo	

III. GRUPO FAMILIAR DEL ALUMNO/A

Incluya a todas las personas con las que vive el alumno/a, incluso al alumno/a.

N°	Nombre y Apellidos	Parentesco con el alumno/a	Edad	Estado civil	Nivel educacional	Ocupación actual

IV. REGISTRO SOCIAL DE HOGARES (RSH)

¿El alumno/a está dentro de algún Registro Social de Hogares (RSH)?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

Tramo o % RSH	Fecha de última calificación

¿Algún integrante del grupo familiar se encuentra en situación de dependencia moderada o severa inscrita en el Registro Social de Hogares?

☐ Sí	☐ No	
Nombre completo	Tipo de dependencia (moderada o severa)	Motivo

¿Algún integrante del grupo familiar se encuentra inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad (Senadis)?

☐ Sí	☐ No	
Nombre completo	Tipo de discapacidad	Porcentaje de discapacidad

Adjunte la cartola de Registro Social de Hogares vigente (con una antigüedad no superior a 90 días), descargable en www.registrosocial.gob.cl o en ChileAtiende y Certificado de Discapacidad (Senadis) si corresponde. Para obtener el certificado del Registro Nacional de la Discapacidad (RND) en Chile se obtiene de forma gratuita en línea mediante el sitio web del [Registro Civil](#).

V. OTROS ANTECEDENTES

Sistema de salud del grupo familiar:

Sistema de salud (FONASA / Isapre)		Tramo FONASA (A/B/C/D) o nombre de Isapre	
---------------------------------------	--	---	--

¿Algún integrante del grupo familiar recibe Asignación Familiar o Subsidio Único Familiar (SUF) del Instituto de Previsión Social?

☐ Sí	Cuántos integrantes ____	☐ No
Monto mensual total percibido (\$)		

¿Algún integrante recibe Pensión Básica Solidaria (PBS) u otro beneficio del Sistema de Pensiones Solidarias?

☐ Sí	Cuántos integrantes ____	☐ No
Monto mensual total percibido (\$)		

Adjunte, según corresponda: Para obtener el certificado de cargas familiares o beneficios del Instituto de Previsión Social (IPS), debes ingresar a [IPS en Línea](#) o al portal de [ChileAtiende](#) usando tu RUN y Clave Única para descargar el documento de forma inmediata y sin costo. En caso del certificado de Asignación Familiar o Subsidio Único Familiar (SUF), lo puede obtener del portal de ChileAtiende usando tu RUN y Clave Única.

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA EN QUE HABITA EL ALUMNO/A

☐ Propia	☐ Adquiriéndose	☐ Arrendada	☐ Cedida o en comodato	☐ Compartida con familiares
Tipo de material		Número de dormitorios		

Mencione algún otro dato relevante	
------------------------------------	--

VII. BIENES FAMILIARES

¿La familia posee vehículo(s)?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

Marca	Año	Uso: particular / trabajo

¿La familia posee otra(s) propiedad(es) además de la vivienda que habita?

☐ Sí	☐ No
¿Cuántas?	

VIII. INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (*)

Nombre y Apellidos de la persona	Concepto del ingreso (Sueldo, Pensión, Subsidio, Asignación Familiar, etc.)	Monto de ingreso (\$)

Nombre y Apellidos de la persona	Concepto del ingreso (Sueldo, Pensión, Subsidio, Asignación Familiar, etc.)	Monto de ingreso (\$)
TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES		

Observaciones	
----------------------	--

(*) Todos los ingresos deberán acreditarse con liquidaciones de sueldo, liquidaciones de pensión y/o jubilación, cotizaciones previsionales u otro documento equivalente. La falta de medios de verificación de esta información será causal para no cursar la postulación.

IX. GASTOS EN EDUCACIÓN

Nombre estudiante	lugar de estudio (Jardín, Colegio, Instituto, Universidad) y nombre	Cuota mensual (\$)	¿Posee beca? (Sí/No)	% de beca
TOTAL GASTO EN EDUCACIÓN				

X. GASTOS EN VIVIENDA *(Dividendo/arriendo · Contribuciones · Gastos comunes · Otros)*

Concepto	Monto mensual (\$)

Concepto	Monto mensual (\$)
TOTAL GASTOS VIVIENDA	

XI. GASTOS EN SERVICIOS BÁSICOS (*Luz · Agua · Gas · Teléfono · Internet · Celular · Otros*):

Concepto	Monto mensual (\$)
TOTAL GASTOS EN SERVICIOS	

XII. GASTOS EN ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE (*Alimentación: Fería, Supermercado, colaciones, etc*) · (*Movilización: bip, bencina, transporte escolar, TAG, estacionamiento · Otros*):

Concepto	Monto mensual (\$)
TOTAL GASTOS EN ALIMENTACIÓN Y TRANSPORTE	

XIII. GASTOS POR PAGO DE DEUDAS FINANCIERAS

Motivo de la deuda	Entidad con la que mantiene la deuda	Monto total de la deuda (\$)	Monto pago mensual de la deuda (\$)

Motivo de la deuda	Entidad con la que mantiene la deuda	Monto total de la deuda (\$)	Monto pago mensual de la deuda (\$)
TOTALES			

XIV. GASTOS POR ENFERMEDAD CRÓNICA

Se entenderá por enfermedad crónica aquella que requiera medicación y tratamiento de manera periódica y permanente. No se considerarán gastos por enfermedades esporádicas. ¿Existe actualmente algún integrante de la familia que sufra una enfermedad crónica declarada y respaldada por un médico?.

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

Nombre completo de la persona con la enfermedad	Enfermedad	Gasto mensual aproximado (\$)
TOTAL GASTO POR ENFERMEDAD		

XV. OTROS GASTOS

Descripción	Monto
TOTAL GASTOS	

IMPORTANTE: Todos los ingresos y gastos deberán ser acreditados. Si se comprobare falsedad u omisión en la información entregada, el beneficio otorgado podrá ser suspendido a criterio del Colegio en cualquier época del año. Se reitera a los señores apoderados que los antecedentes entregados son totalmente confidenciales y de uso exclusivo de la Comisión de Becas del CSMC.

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que todos los datos entregados en la presente solicitud son fidedignos y pueden ser verificados en cualquier momento por la Comisión de Becas del CSMC y contrastados con las **Bases Administrativas del Estado** a través de los Certificados respectivos. De igual modo, declaro que si en el

transcurso del año mejora mi situación económica, comunicaré por escrito a la Secretaría de Rectoría la renuncia a la beca concedida.

Fecha (día/mes/año)	
----------------------------	--

Firma del apoderado/a