

**FICHA DE POSTULACIÓN BECA DE PASAJES**

**PROYECTO SOCIAL 2021.-**

|  |
| --- |
|  |

1. **Identificación del Postulante:** **Santiago**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres** | **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Cedula de Identidad** |
|  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

 **Cantidad de postulantes:** o **Teléfono**:

 **Correo electrónico:**

**Domicilio:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Población/Sector** | **Calle** | **Número**  |
|  |  |  |

1. **Antecedentes Académicos:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Universidad o Instituto** | **Carrera** | **Duración**  | **Semestre** |
|  |  |  |  |

1. **Antecedentes del Grupo Familiar:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre y Apellidos** |  **Relación con el Postulante** | **Jefa/e de Hogar** | **Escolaridad** | **Situación Laboral** | **Ingresos** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Total:**  |  |  |  |  |  |

1. **Antecedentes de Salud**

Enfermedad Grave o Catastrófica:
Enfermedad catastrófica que afecte su desempeño funcional y que incida en una disminución de los ingresos familiares por gastos médicos o impida la generación de ingresos. Certificado médico, con antigüedad máxima de 6 meses.

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermedad** | **Miembro del Grupo Familiar** |
|  |  |
|  |  |

1. **Factores que puedan colocarlo en situación de vulnerabilidad social:**

|  |  |
| --- | --- |
| Violencia intrafamiliar |  |
| Alcoholismo  |  |
| Drogadicción  |  |
| Embarazo  |  |
| Dificultades en las relaciones familiares  |  |
| Condición de discapacidad |  |
| Otros. (especifique) |  |

|  |
| --- |
| **Comentarios:**  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Leí y acepto las condiciones del programa Nombre, Firma y Timbre
 Estudiante Asistente Social (Municipalidad)