



FICHA DE POSTULACIÓN AÑO 2024
Beca de Incentivo a la Educación Superior BIES

El llenado de la ficha es de exclusiva responsabilidad del o la postulante. Debe ser completada en su totalidad con lápiz pasta y con letra clara y legible.

1.- IDENTIFICACIÓN DEL O LA POSTULANTE:

Nombre Completo			
Cédula de Identidad		Nacionalidad	
Condición de Discapacidad		Pueblo Originario	
Teléfonos de Contacto		Comuna de Residencia	
Dirección Familiar	Nombre Calle / Callejón	N° Vivienda	Villa, Población o Localidad
Dirección Año Académico	Nombre Calle / Callejón	N° Vivienda	Villa, Población o Localidad y Comuna
Correo Electrónico			

2.- IDENTIFICACIÓN DEL PADRE, MADRE O APODERADO/A:

Nombre Completo			
Cédula de Identidad		Comuna de Residencia	
Dirección familiar	Nombre Calle / Callejón	N° Vivienda	Villa, Población o Localidad
Teléfono de Contacto			
Correo Electrónico			

3.- ANTECEDENTES ACADÉMICOS:

Nombre Institución	
Nombre Carrera	
Duración en Semestres	
Semestre a Cursar	



4.- MODALIDAD DE PAGO DE LA BIES (en caso de quedar seleccionado o seleccionada, marque la opción de su preferencia, para recibir el pago correspondiente a la beca)

Cuenta RUT Banco Estado	
Vale Vista	

5.- ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR (acorde a lo informado en el Registro Social de Hogares):

Nombre y Apellidos	Parentesco con el o la Postulante	Jefa/e de Hogar	Escolaridad	Situación Laboral	Ingresos Mensuales
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Total de Ingresos Mensuales del Hogar \$ _____

6.- ANTECEDENTES DE SALUD:

Enfermedad Grave: entendida como aquella condición de salud persistente y que requiere una atención clínica específica para su tratamiento, cuidados o recuperación.

Nombre del o la Integrante del Grupo Familiar con Enfermedad Grave	Parentesco con el o la Postulante	Nombre de la Enfermedad Grave

Enfermedad Catastrófica: entendida como aquella patología permanente, con un alto grado de complejidad, que supone un alto riesgo para la vida de la persona y un tratamiento de alto costo (tipos de cánceres, derrames o infartos cerebrales, etc.)

Nombre del o la Integrante del Grupo Familiar con Enfermedad Catastrófica	Parentesco con el o la postulante	Nombre de la Enfermedad Catastrófica



Condición de Discapacidad

Nombre del o la Integrante del Grupo Familiar en Situación de Discapacidad	Parentesco con el o la Postulante

7.- Ante factores de situación de vulnerabilidad social, que afecten a su grupo familiar (acorde al Registro Social de Hogares) señale marcando la opción:

<input checked="" type="checkbox"/> Violencia en contexto de pareja	
<input checked="" type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar	
<input checked="" type="checkbox"/> Drogadicción	
<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo	
<input checked="" type="checkbox"/> Otros (especifique)	

FIRMA DEL O LA POSTULANTE

Firma conforme, acorde a la normativa señalada en las bases año 2024.

Fecha: _____



Municipalidad
de
Melipilla
Por el Buen Vivir