



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO DE APOORTE DE PARIENTES - TERCEROS

Yo _____ RUT _____ declaro que entrego
(nombre de quien entrega el aporte)

a _____ RUT _____ con quien tengo parentesco
(nombre del postulante – renovante)

de _____ la suma de \$ _____ mensuales, como aporte
(parentesco con el postulante - renovante)

para su mantención.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula o renueva el estudiante individualizado en el presente documento será revocado por JUNAEB.

FIRMA ESTUDIANTE

FIRMA DE QUIEN ENTREGA EL APOORTE

Fecha: _____



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Nombre del Renovante / Postulante.....

RUN:

Nombre de la persona que declara gastos familiares.....

Declaración corresponde al gasto del mes de.....

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Nombre :

Rut :

Domicilio :

Teléfono :

Ocupación :

DETALLE GASTO FAMILIAR	MONTO MENSUAL \$
Alimentación	
Útiles de Aseo	
Arriendo o Dividendo	
Luz y Agua	
Movilización	
Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.)	
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	
Teléfono/s (celular/es , fijo/s)	
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	
Vestuario	
Varios (recreación, deportes, combustible y mantenciones vehículo particular etc.)	
TOTAL	

Observaciones:

.....

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula o renueva el alumno individualizado al inicio del presente documento será revocado. Además faculto a la JUNAEB a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de la situación socioeconómica de mi grupo familiar durante todo el período que se haga efectivo el beneficio.

 FIRMA Y TIMBRE ASISTENTE SOCIAL

 FIRMA DEL JEFE DE HOGAR Y/O
 PERSONA QUE DECLARA

Fecha:



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO DE SITUACION PATRIMONIAL

Yo _____

(nombre de quien entrega el aporte)

RUT: _____

Certifico que mi situación patrimonial es la siguiente :

No Poseo ningún Patrimonio	
Poseo Bien Raíz, Vehículo Particular, Capital de Trabajo	
Poseo Bien Raíz y Vehículo Particular	
Poseo Bien Raíz y Capital de Trabajo	
Poseo Vehículo Particular y Capital de Trabajo	
Poseo Bien Raíz	
Poseo Vehículo Particular	
Poseo Capital de Trabajo	

Así mismos declaro poseer el parentesco de _____

con el/la renovante/postulante

(indicar parentesco con postulante – renovante)

RUT _____

(nombre del postulante – renovante)

Declaro que la información consignada este documento es fidedigna y completa, lo anterior bajo la responsabilidad que asumo en caso de incurrir en alguna omisión o falsedad. En el evento que Junaeb detecte alguna omisión o falsedad en lo antes declarado, procederá a evaluar el posible rechazo de la postulación o supresión de la beca.

Firma Postulante / Renovante

Firma de quien declara patrimonio

Fecha: _____



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO PARA ACREDITAR FACTORES DE RIESGO

❖ Nombre del estudiante:

❖ Rut:

❖ Fecha de emisión:

Alcoholismo

Drogadicción

Violencia Intrafamiliar

❖ **Observación:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOMBRE DE PROFESIONAL QUE
ACREDITA

FIRMA ASISTENTE SOCIAL O
PSICÓLOGO
(TIMBRE INSTITUCIONAL)



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

INFORME MÉDICO PARA ACREDITAR ENFERMEDAD CRÓNICA O CATASTRÓFICA

Nombre del paciente y/o postulante:

❖ Parentesco con el postulante:

❖ Rut:

❖ Fecha de emisión :

Enfermedad Crónica

Enfermedad Catastrófica

Diagnóstico:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOMBRE DE PROFESIONAL QUE
ACREDITA

FIRMA MÉDICO TRATANTE Y/O QUE
CERTIFICA
(TIMBRE DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE)



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO PARA ACREDITAR DEFICIT RED DE APOYO FAMILIAR

- ❖ Nombre del postulante - renovante:
- ❖ Rut:
- ❖ Fecha de emisión:

- Apoyo solo de padre o madre (familia monoparental)
- Sin los padres, a cargo de abuelos o parientes
- Sin los padres, estudiante solo o a cargo de cuidadores, no parientes

❖ **Observación:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOMBRE DE PROFESIONAL QUE
ACREDITA

FIRMA ASISTENTE SOCIAL O
PSICÓLOGO
(TIMBRE DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE)