



FORMULARIO DE EXENCIÓN DE ESCOLARIDAD

AÑO ESCOLAR 2025

Folio Recepción N° _____ Fecha: _____

Puntaje _____

1. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD EDUCATIVA

ESTABLECIMIENTO: **COLEGIO ESTACIÓN**

DIRECCION: **11 de Septiembre N° 6449, Estación Paipote** COMUNA: **Copiapó** REGION: **ATACAMA**

2. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ RUT: _____

EL ALUMNO A REPETIDO CURSO: _____ CURSO AÑO 2024: _____

3. IDENTIFICACIÓN DEL APODERADO

NOMBRE DEL APODERADO: _____ RUT: _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____ PARENTESCO CON EL ALUMNO: _____

4. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Deberá señalar a todas las personas que viven bajo el mismo techo y comparten gastos e ingresos.

| Nombre y Apellido | Rut | Edad | Parentesco con el alumno/a | Nivel Educativo | Actividad | Ingresos |
|--|-----|------|----------------------------|-----------------|-----------|----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| TOTAL INGRESOS | | | | | | |
| PER CAPITA (uso exclusivo del Colegio) | | | | | | |

5. ANTECEDENTES ECONÓMICOS

• DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ALUMNO: _____

• SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DE HOGAR Y APORTES DE TERCEROS:

| | | |
|--|---|------------------------------|
| 1.- Trabajador con Contrato Indefinido | 3.- Trabajador con Contrato Fijo | 5.- Cesante (más de 2 meses) |
| 2.- Trabajador Independiente | 4.- Discapacitado Laboralmente (con o sin pensión) | 6.- Jubilado AFP |

• EL GRUPO FAMILIAR PAGA POR CONCEPTO DE ESTUDIO DE SUS INTEGRANTES: _____

• TOTAL DE GASTOS MENSUALES: \$ _____ (Por concepto: Luz, Agua Potable, Gas, Teléfono, Tv Cable, Deudas a Corto Plazo, etc.)

6. RAZÓN PARA SOLICITAR LA BECA

Desempleo: _____

Reducción de Ingresos: _____

Sobre Endeudamiento: _____

Otra: _____

7. ANTECEDENTES SOCIALES

- PERTENECE A ALGÚN PROGRAMA SOLIDARIO: SI: _____ ¿Cuál? _____ NO: _____
- DIRECCIÓN: _____
- TENENCIA DE LA VIVIENDA: PROPIETARIO: _____ Sin Deuda: _____ Con Deuda: _____ Valor \$ _____
ARRENDATARIO: _____ Valor \$ _____
ALLEGADO: _____
- DISPOSICIÓN DE: AUTOMÓVIL: SI: _____ NO: _____
INTERNET: SI: _____ NO: _____
TV CABLE: SI: _____ NO: _____

8. ANTECEDENTES DE SALUD

- TIPO DE PREVISIÓN EN SALUD DEL ALUMNO: _____
- ALGÚN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR PADECE UNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA:
SI: _____ NO: _____ GASTO MENSUAL ESTIMADO: _____
PARENTESCO: _____ ENFERMEDAD: _____
OTRA SITUACIÓN EN RELACIÓN CON LA SALUD: _____

9. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR:

- 1.- Para constatar sueldos: Declaración de Renta (Form. N°22 SII) o los tres últimos pagos de IVA mensual (Form. N°29 SII). **(Del Jefe de Hogar y Aportes de Terceros al presupuesto familiar).**
- 2.- Finiquito y Pago de cesantía (Certificado AFC).
- 3.- Certificado de AFP de los últimos 12 meses **(Del Jefe de Hogar y Aportes de Terceros al presupuesto familiar)**
- 4.- Certificado del Registro Social de Hogares actualizado, donde conste el puntaje asignado.
- 5.- Certificado que acredite la participación de la familia a Programa Solidario o Certificado de Alumno Prioritario 2025.
- 6.- Último pago dividendo o último comprobante de pago de arriendo.
- 7.- Certificado Médico que acredite enfermedad de un miembro del grupo familiar.
- 8.- Comprobante de pagos de pensiones alimentarias **(Acta del Tribunal de Familia o Declaración Jurada de quien realiza los aportes).**

“NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS O FUERA DE PLAZO”

**DECLARO BAJO JURAMENTO CONOCER EL REGLAMENTO INTERNO DE BECAS DEL COLEGIO ESTACIÓN.
LA INFORMACIÓN Y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA PRESENTE SOLICITUD SON VERÍDICOS, EN CONSECUENCIA,
AUTORIZO SU COMPROBACIÓN Y ASUMO RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL QUE
PUEDAN DERIVARSE.**

FIRMA

NOMBRE APODERADO: _____

RUT: _____