CORPORACION EDUCACIONAL PARRAL
COLEGIO CONCEPCION DE PARRAL
www.colegioconcepciondeparral.cl

N° FICHA (No llenar, uso interno): ☐

FORMULARIO DE POSTULACION A BECAS
PERIODO ESCOLAR 2027

Importante:

Antes de completar el formulario de Postulación a Becas para el periodo Escolar 2027, se sugiere leer el Reglamento de Becas disponible en www.colegioconcepciondeparral.cl

NOMBRE COMPLETO APODERADO: _____

Identificación de los pupilos que estudian en el Colegio:

N°	NOMBRES	AP. PATERNO	AP. MATERNO	CURSO ACTUAL
1				
2				
3				
4				
5				

N° DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA (personas que componen el hogar familiar) ☐

1.1. Familiares Directos

	NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	ACTIVIDAD	INGRESOS
PADRE				$
MADRE				$

1.2. Otros integrantes (hijos, primos, tíos, abuelos del alumno)

Parentesco	NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	ACTIVIDAD	INGRESOS
1.				$
2.				$
3.				$
4.				$
5.				$
6.				$
			Total de Ingresos de la Familia	$

Observaciones: **SE DEBE ADJUNTAR**

- Trabajadores dependientes: Acreditar renta con liquidaciones de sueldos del año 2026.
- Certificado AFP últimos 24 meses.
- Trabajadores Independientes: Presentar Carpeta Tributaria últimos 2 años y Formulario IVA periodo 2026.

2. APORTE PATERNO (en caso de Padres separados)

	NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	ACTIVIDAD	INGRESOS
PADRE				$

					Marcar con X total aporte
Entre	1	$ 0	y	$ 0	☐
Entre	2	$ 0	y	$ 50,000	☐
Entre	3	$ 51,000	y	$ 100,000	☐
Entre	4	$ 101,000	y	$ 200,000	☐
Entre	5	$ 201,000	y	$ 300,000	☐
	6	Otro		$	☐

APORTE REAL $ _____

Observaciones: **SE DEBEN ADJUNTAR**: Documento que acredite Pensión de Alimentos

3. BENEFICIARIOS DE SUBSIDIO ESTATAL

1 PASIS		SUBSIDIO HABITACIONAL 4		ESPECIFIQUE OTROS	_____
2 SUF		NO 5			_____
3 PRAIS		OTROS 6			

Observaciones: **SE DEBE ADJUNTAR:** ACREDITACION DEL SUBSIDIO

4. N° DE PERSONAS QUE CURSAN EDUCACIÓN BASICA Y/O MEDIA

(Anotar cantidad de personas)

5. N° DE PERSONAS QUE CURSAN EDUCACION SUPERIOR

(Anotar cantidad de personas y **Adjuntar Certificado de Alumno Regular**)

6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES (Marcar con una X)

	MADRE		PADRE	
NO CORRESPONDE	1		NO CORRESPONDE	
ANALFABETO	2		ANALFABETO	
BASICA INCOMPLETA	3		BASICA INCOMPLETA	
BASICA COMPLETA	4		BASICA COMPLETA	
MEDIA O TECNICA COMPLETA	5		MEDIA O TECNICA COMPLETA	
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	6		UNIVERSITARIA INCOMPLETA	
UNIVERSITARIA COMPLETA	7		UNIVERSITARIA COMPLETA	

Observaciones: Marcar “NO CORRESPONDE” para el caso de Padre o Madre Ausente

7. CONDICIÓN DE EMPLEABILIDAD DE LOS PADRES (Marque con una X)

	PADRE	MADRE
No corresponde **(para el caso de madre o padre ausente)**		
Cesante y sin trabajo alguno.		
Obrero estable no especializado. Ingreso mínimo; temporero		
Obrero especializado, Empleado estable, Agricultor., FF.AA.y de Orden.		
Trabajador no profesional contrato fijo. (Administrativos, técnicos)		
Micro empresario, Profesional Dependiente, Empleado con cargo de jefaturas		
Profesional independiente, Pequeño Empresario		

8. FICHA DE REGISTRO SOCIAL DE HOGAR (Adjuntar Ficha Registro Social de Hogares)

(Marcar con una X Puntaje)

Porcentaje	de 0% a40%	1		de 71% a 100%	3	
	de 41% a 70%	2		No tiene	4	

9. SEGURIDAD SOCIAL DEL ALUMNO (Marque con una X y ADJUNTAR CERTIFICADO DE AFILIACION)

SIN SEGURIDAD SOCIAL	1	
FONASA TRAMO A - B	2	
FONASA TRAMO C - D	3	
DIPRECA	4	
ISAPRE	5	

10. ENFERMEDADES EN EL GRUPO FAMILIAR (Marque con una X y ADJUNTAR CERTIFICADO MEDICO)

CANCER TERMINAL	1		Especifique _____
CANCER	2		Especifique _____
DEPRESION, ESQUIZOFRENIA	3		Especifique _____
HTA, DM, ALERGIAS, ASMA	4		Especifique _____
OTRAS	5		Especifique _____
NO EXISTE ENFERMEDAD	6		

11. TENENCIA DE LA VIVIENDA (Marque con una X)

(Se deben acompañar Títulos de Dominio, Escrituras o Contratos que lo acrediten).

ALLEGADO	1	
USUFRUCTUARIO/PRESTAMO	2	
ARRENDATARIO	3	
PROPIETARIO PAGA DIVIDENDO	4	
TIENE CASA PROPIA, PERO VIVE ALLEGADO	5	
PROPIETARIO	6	

12. TIPO DE VIVIENDA (Marque con una X)

MEDIAGUA	1		
AUTOCONSTRUCCION HASTA 80M2	2		
POBLACION HOMOGENEA	3		
SOLIDA HASTA 140 M2	4		
SOLIDA MAYOR 140 M2	5		
OTRA	6		Especifique Otras _____

13. AUTOMÓVILES **CANTIDAD DE VEHÍCULOS:**

Marque con una X

NO TIENE	1		
MENOR 800 CC	2		Marca _____ AÑO _____
ENTRE 800 Y 1.500 CC	3		Marca _____ AÑO _____
ENTRE 1.500 Y 2000 CC	4		Marca _____ AÑO _____
MAYOR A 200 CC	5		Marca _____ AÑO _____
VEHICULOS DE CARGA	6		Marca _____ AÑO _____

14. SI ES AGRICULTOR SEÑALAR TOTAL HECTÁREAS:

(se deben acompañar Escrituras, Contratos o Títulos de Dominio que lo acrediten)

a) Calidad que explota el/los predios:

Propietario		
Usufructuario		
Arrendatario		
Otras		Específique otras: _____

b) Antecedentes de los predios:

Antecedentes	Predio 1	Predio 2	Predio 3
Comuna			
Rol Avalúo			
Superficie			

c) Detallar Cultivos:

Especificar cultivos	Hectáreas destinadas	Hectáreas destinadas	Hectáreas destinadas
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

15. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDADES:

Nombre Sociedad	Rut Sociedad	% Participación
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Observaciones: Todos los trabajadores independientes, empresarios, participación en sociedades y agricultores deben **ADJUNTAR CARPETA TRIBUTARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS Y FORMULARIOS IVA DEL PERIODO 2026.**

15. EGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (Debe completar este Item, en caso contrario no podrá ser evaluado)

VIVIENDA	1	$ _____	(arriendo, dividendo)
EDUCACION	2	$ _____	
SALUD	3	$ _____	
ALIMENTACION	4	$ _____	
SERVICIOS (Luz, agua, gas)	5	$ _____	
CABLE, INTERNET	6	$ _____	
OTROS	7	$ _____	Especifique _____
PAGO MENSUAL CREDITOS	8	$ _____	Especifique _____
TOTAL EGRESOS		**$** _____	

Observaciones: Adjuntar comprobantes de Gastos

16. PARA QUE SU SOLICITUD SEA EVALUADA, DEBERÁ ADJUNTAR:

Liquidaciones de sueldos del año 2026
Certificado de AFP últimos 24 meses
Certificados AFC (en caso de Cesantía)
Carpeta Tributaria últimos 24 meses (en caso de Trabajadores Independientes y sociedades) y Formularios IVA del periodo 2026.
Títulos de Dominio, Escrituras o Contratos en caso de Bienes Raíces.
Certificado de Afiliación a Fonasa – Isapre u otra Institución de Salud que correspondiera
Ficha de Registro Social de Hogares
Certificado de Subsidio Estatal
Certificado de Cesantía (si correspondiera)
Certificado de Alumno Regular (en caso de estudiantes de Educación Superior)
Certificado Médico en caso de enfermedades del grupo familiar
Comprobantes de Gastos

17. CARTA SOLICITUD:

(Señale brevemente porqué solicita la BECA)

FIRMA RESPONSABLE: _____

NOMBRE: **_____**

RUT: **_____**

FECHA: **_____**

Correo electrónico: **_____**

Número de Teléfono: **_____**

IMPORTANTE: LA COMISIÓN DE BECAS NO REVISARÁ POSTULACIÓN SI LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE ESTA INCOMPLETA. (Los datos de correo electrónico y teléfono deben ser escritos de forma clara y legible, el resultado se enviará a través de correo electrónico)