



Corporación educacional Colegio "Sao Paulo"
 Placilla Nº 333 Estación Central,
 RBD: 8715-7
 Fono: 227796076 - 227799795
 E-mail: colegiosaopaulo81@yahoo.es
 (Financiamiento compartido)

Santiago, noviembre 2020

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PLAN MEDIDAS EXTRAORDINARIAS (PANDEMIA 2020)
ESTUDIANTES AÑO 2020

Apoderado: _____

Rut: _____ Domicilio: _____

Profesión u oficio: _____ Fono fijo: _____ Celular: _____

Yo, apoderado del estudiante que a continuación identifico, solicito a la corporación educacional Colegio Sao Paulo, analizar la situación económica del estudiante, sobre el pago mensual año 2020, según las indicaciones y condiciones determinadas en el Plan de Medidas Extraordinarias dispuesto por el Colegio, el cual declaro haber leído y conocido.

Adjunto a continuación los antecedentes y documentación necesaria para respaldar la presente solicitud.

Antecedentes generales y anteriores del estudiante			
Nombre estudiante	Curso año 2020	Tipo de beca que posee	Reservado Colegio

De acuerdo a los antecedentes documentados que adjunto, solicito la siguiente modalidad de Beca (marque solo una alternativa)

Tipo de modalidad	Beca especial	Suspensión de mensualidad y redistribución para el año siguiente

Firma apoderado

Santiago, ____ de _____ 2020

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE POSTULACIÓN A PLAN MEDIDAS 2021

Apoderado: _____

Estudiante: _____ Curso: _____

Santiago, _____ de _____ de 2020

Recibido por _____



Corporación educacional Colegio "Sao Paulo"
 Placilla Nº 333 Estación Central, RBD: 8715-7

Antecedentes y documentación (obligatoriedad de completar)

1.- Antecedentes del apoderado del estudiante que postula		
Rut	Nombre completo	Nivel de estudios

2.- Antecedentes grupo familiar mayores de 18 (personas con ingresos que viven en el mismo hogar)							
N°	Nombre y apellidos	RUT	Parentesco con el estudiante	Estado civil	Edad	Con empleo*	
1						SÍ	NO
2						SÍ	NO
3						SÍ	NO
4						SÍ	NO
5						SÍ	NO

*Es necesario adjuntar liquidaciones de sueldo o evidencia de ingreso mensual

3.- Ingresos mensuales por cada integrante de las personas que viven en el hogar			
N°	RUT	Ingreso mensual**	Ingreso esporádico***
1			
2			
3			
4			
5			
Total, ingresos grupo familiar			\$

** Todo ingreso debe declararse, sea pensión, trabajo, remuneración, honorarios u otro. Siempre adjuntar las evidencias.

*** Si la persona recibe algún ingreso esporádico es necesario declararlo.

4.- Antecedentes de personas menores a 18 años que vivan en el hogar							
N°	Nombre y apellidos	Parentesco con el estudiante	Edad	Estudia		Nombre del establecimiento	Beca que posea
1				NO	SÍ		
2				NO	SÍ		
3				NO	SÍ		
4				NO	SÍ		
5				NO	SÍ		

5.- Bienes que poseen los integrantes del grupo familiar				
N°	RUT	Tipo de bien a su nombre	Datos del bien (dirección, marca, etc.) ****	Categoría grupo familiar según el registro hogares
1				
2				
3				
4				
5				

**** Se debe especificar y adjuntar evidencia

6.- Antecedentes de enfermedad crónica de algún integrante y gastos asociados a su tratamiento*****			
N°	RUT	Enfermedad diagnosticada	Monto de gastos asociados al tratamiento
1			
2			
3			
4			
5			

***** Solo se considerarán aquellos gastos asociados evidenciados con boletas, registros formales, etc.

Declaro que la información dada en este formulario es verídica y estoy informado de las sanciones que me expongo en caso contrario.

Observación:

- 1) Este formulario debe ser entregado completo en oficina de administración dentro de los plazos definidos, con toda la documentación y las evidencias requeridas. En caso de no realizarlo, no se recepcionará el formulario.
- 2) La omisión de algún registro, influye en la selección final y adquisición de las becas

Fecha:

_____ Firma

