**FORMULARIO SOCIAL DE POSTULACIÓN PARA BECA DE 3ER AÑO ASPIRANTES A OFICIALES (D.A.C.) AÑO 2025**

1. **Antecedentes del Socio Aspirante.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Cédula de identidad |  | Grado |  | Edad |  |
| Código funcionario |  | Escuadrón |  |
| Dirección Particular  |  |
| Reside en calidad (marcar con una X) | Propietario | Allegado | Arrendatario  | Fiscal | Adquiriente | Otros |
| Teléfonos (al menos 2) | N° 1 | N° 2 (indicar a quien pertenece) |  |
| Correo electrónico |  |
| Estado civil |  |
| Número de integrantes del grupo familiar |  | Cargas Familiares (N°) |  |

1. **Antecedentes del grupo familiar \*.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Edad | Parentesco | Carga familiar (si/no) | Actividad | Ingresos (\*) |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  | $ |

(\*): Se solicita agregar a todos los miembros del grupo familiar del socio postulante y además, se solicita adjuntar última liquidación y/o pagadora de sueldo de quienes perciban ingresos de forma estable y permanente.

1. **Antecedentes de salud \*.** (En este ítem se debe indicar si algún miembro del grupo familiar mantiene alguna enfermedad)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Diagnostico medico | Relación de parentesco | Gasto mensual |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |

(\*): Se solicita agregar toda informacion y documentacion respaldatoria que acredite situación de salud

1. **Antecedentes económicos del grupo familiar.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Alcance líquido de Socio | $ |
| 2 | Ingresos de Cónyuge o Pareja | $ |
| 3 | Otros ingresos (arriendos, pensiones, otros) | $ |
| 4 | Total ingresos familiares (=suma 1+2+3) | $ |
| 5 | Total egresos mensuales del grupo familiar. Considerar gastos básicos y de manutención (alimentación, cuentas básicas, educación, salud, vivienda, otros) | $ |
| 6 | Remanente mensual (saldo a favor una vez pagadas todas sus responsabilidades y compromisos económicos y/o familiares) | $ |

Observaciones: Agregar y/o adjuntar toda información que se considere importante y de relevancia para la postulación.

1. **Aportes anteriores por parte de la Corporacion de ayuda a la Familia de Carabineros. (Marque con una X).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Casa de acogida u Hospedaje Hospitalario | Giftcard recién nacido | Becas | Fondo Solidario de Salud | Talleres Pedagógicos | Beneficio en caso de incendio y/o catástrofe |
|  |  |  |  |  |  |
| Monto aproximado entregado:  |  |  |

1. **Antecedentes relevantes a considerar del grupo familiar.** (En este ítem se debe indicar todo antecedente que socio considere importante poner en conocimiento de la Corporación en torno a su grupo familiar. Ejemplo; situación de salud, nacimiento de hijo, situación habitacional de grupo familiar, sobreendeudamiento, etc.)
2. **Documentación necesaria y solicitada para la Beca Aspirante (D.A.C.) 2025.**
* Cumplir 1 año de antigüedad siendo socio de la Corporación.
* Remitir Formulario Social con todo lo solicitado.
* Últimas tres pagadoras del funcionario socio.
* Última liquidación de integrante de la Familia que reciba ingresos.
* Antecedentes médicos si corresponde. (Certificados médicos, etc.)
* Solicitud escrita por el funcionario con motivo de postulación y su motivación para postular a beca.
* Certificado de notas 2024.
* Declaración simple de ingresos familiares.

**En caso de mantener alguna duda y/o consulta referente al proceso de postulación, pueden comunicarse de manera directa o vía WhatsApp con las Trabajadoras Sociales de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros, al número telefónico del Servicio Social +569 77661241 de Lunes a Jueves de 08:00 am a 17:30 pm y Viernes de 08:00 am a 16:30 pm.**

 **+569 77661241.**

**FORMATO TIPO DECLARACIÓN SIMPLE DE INGRESOS FAMILIARES**

YO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PERTENECIENTE A LA DOTACION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO QUE LOS INGRESOS MENSUALES DE MI GRUPO FAMILIAR CORRESPONDEN A LOS SIGUIENTES MONTOS Y CONCEPTOS:

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCEPTO** | **MONTO** |
| SUELDO FUNCIONARIO ACTIVO | $ |
| CÓNYUGE O CONVIVIENTE | $ |
| OTROS (DETALLAR) | $ |
| OTROS (DETALLAR) | $ |
|  **TOTAL INGRESOS** | **$** |

POR ÚLTIMO, DECLARO EN EL PRESENTE DOCUMENTO QUE LO INFORMADO CON ANTERIORIDAD ES VERIDICO.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO