**FORMULARIO SOCIAL DE POSTULACIÓN PARA BECA DE 3ER AÑO ASPIRANTES A OFICIALES AÑO 2025.**

1. **Antecedentes del funcionario (Socio padre o madre del Aspirante).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | | | | | | | | | |
| Cédula de identidad |  | Grado |  | | | Llamado al Servicio o reintegrado | | | |  | |
| Código funcionario |  | Unidad | |  | | | | | | | |
| Dirección |  | | | | | | | | | | |
| Reside en calidad de (marcar con **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 personales del Aspirante a Oficial.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Aspirante a Oficial |  | | | |
| Cedula de identidad |  | | | |
| Edad |  | | | |
| Fecha de nacimiento |  | | | |
| Teléfono personal de contacto |  | | | |
| Domicilio |  | | | |
| Correo personal de contacto |  | | | |
| Postulante a F.U.A.S | SI |  | NO |  |

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 postulante y, además, se solicita adjuntar ultima liquidación y/o pagadora de sueldo de quienes perciban ingresos de forma estable y permanente.

1. **Antecedentes de salud \*.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Diagnostico medico | Relación de parentesco | Gasto mensual |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
|  |  |  | $ |
| Subtotal gastos médicos grupo familiar | | | $ |

(\*): 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 Corporación 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 2024.**

* Cumplir 1 año de antigüedad siendo socio de la Corporación.
* Remitir Formulario Social con todo lo solicitado.
* Últimas tres pagadoras del funcionario.
* Certificado de nacimiento postulante (que incluya nombres ambos padres.)
* Certificado de notas 2024.
* Antecedentes médicos si corresponde. (certificados médicos, etc.)
* Solicitud escrita por el funcionario con motivo de postulación.
* Carta de motivación escrita por Aspirante.
* 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.**

**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