**FORMULARIO SOCIAL DE POSTULACIÓN PARA BECA TÉCNICA CFT/IP SANTO TOMÁS**

**AÑO 2025.**

# 1.- Antecedentes del funcionario:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | | | | | | | | | |
| Cédula de identidad |  | Grado |  | | | | Llamado al Servicio o reintegrado | | |  | |
| Código funcionario |  | Unidad, Depto. o Prefectura | | | | | | |  | | |
| Dirección particular |  | | | | | | | | | | |
| Reside en calidad de (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°) | | |  | | |

**2.- Antecedentes del Postulante (Estudiante):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Estudiante |  | | |
| Cedula de identidad |  | | |
| Edad |  | | |
| Fecha de nacimiento |  | | |
| Teléfono personal de contacto |  | | |
| Domicilio |  | | |
| Correo personal de contacto |  | | |
| Sede de CFT/IP Santo Tomás en el cual desarrolla o desarrollará sus estudios |  | Carrera |  |
| Promedio general de notas Ed. Media o 1er año carrera técnica según corresponda |  | Año de egreso Ed. Media |  |
| Valor arancel anual carrera técnica |  | | |

**3.- 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 última liquidación y/o pagadora de quienes perciban ingresos. De mantener empleo independiente, se solicita declaración simple de ingresos.

**4.- Antecedentes de salud:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Diagnostico medico | Médico tratante | Tiempo evolución enfermedad | Hospital y/o clínica donde se trata | Relación de parentesco | Gasto mensual |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
|  |  |  |  |  |  | $ |
| Subtotal gastos médicos grupo familiar | | | | | | $ |

(\*): Agregar toda información y documentación respaldatoria que acredite situación de salud.

**5.- Antecedentes económicos del grupo familiar.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Alcance líquido de socio | $ |
| 2 | Ingresos del 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 acreditar sus antecedentes económicos.

**6.- Aportes anteriores por parte de la Corporación de ayuda a la Familia de Carabineros. (Marque con una X).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Casa de acogida | Giftcard recién nacido | Becas (Aspirantes, Preuniversitario, Universitaria, Técnica.) | Fondo Solidario de Salud | Talleres Pedagógicos o Zonales | Beneficio en caso de incendio y/o catástrofe | |
|  |  |  |  |  |  | |
| Monto aproximado entregado: | | | | |  |  |

**7.- 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.)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**8.- Documentación necesaria y solicitada para la Beca Técnica CFT/IP Santo Tomás 2024.**

* Cumplir 1 año de antigüedad siendo socio de la Corporación.
* Remitir Formulario Social con todo lo solicitado.
* Últimas tres pagadoras del funcionario.
* Última pagadora de Cónyuge/Conviviente si desarrolla actividad remunerada.
* Declaración simple de ingresos del socio (escrito simple que exponga todos los ingresos del grupo familiar, con nombre y firma de socio al pie de página)
* Certificado de nacimiento del postulante (que incluya nombres de ambos padres.)
* Concentración de notas de Enseñanza Media (1°, 2°, 3° y 4°) del postulante o concentración de notas de primer año de carrera técnica según corresponda.
* Solicitud escrita por el funcionario con el motivo de su postulación.
* Carta de motivación del postulante.
* Antecedentes médicos si corresponde.
* Declaración simple de ingresos familiares.

***Una vez completado el formulario se debe enviar al correo*** [***becas@corporaciondeayuda.cl***](mailto:becas@corporaciondeayuda.cl) ***junto con documentación solicitada.***

**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.**

**La información que cada Socio adjunte o proporcione, será analizada y validada según sea el caso, pudiendo esta Corporación en caso de que los antecedentes no sean fidedignos, remitirlos a las Jefaturas respectivas para su conocimiento y fines pertinentes, por lo anterior se hace hincapié de la importancia de la veracidad de la información que otorgue.**

**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