

# FORMULARIO DE ANTECEDENTES GRUPO FAMILIAR

# BECAS FICOM, POSTULACION AÑO 2024

1.- **IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

1. Nombre del postulante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso año 2022\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el alumno vive con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. N° de integrantes del grupo familiar que habitan en el mismo domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. N° de Hermanos \_\_\_\_\_\_\_
6. Hermanos que estudian en: Básica \_\_ Media \_\_ Educación Superior \_\_

g) Fecha de postulación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.-** **INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR: $** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.-** **CALIDAD DE LA VIVIENDA EN QUE VIVE EL POSTULANTE**

Propietario Arrendatario Allegado

**4. COSTO HABITACIONAL** (marque la opción que corresponda y adjunte la documentación)

1. Contribuciones $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Total gastos $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dividendo $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Arriendo $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Gastos comunes $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. COSTO POR CONSUMOS BÁSICOS EN FORMA MENSUAL:**

Luz $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Total de gastos $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agua $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gas $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.- SALUD DEL GRUPO FAMILIAR**

1. Sin problemas de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Con problemas de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Enfermos crónicos o terminales en el grupo familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7.- OBSERVACIONES** (Es importante dar a conocer los motivos de postulación a la beca ya que junto a los otros antecedentes nos permite tomar decisiones más informadas)

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

FIRMA APODERADO