

FORMULARIO BECA SOCIAL AÑO 2026

Indique a qué porcentaje de beneficio postula (de 5% a 50%)	%
---	---

I. DATOS DEL APODERADO	
Nombre y Apellido _____	
N° Cédula de Identidad _____	Nacionalidad _____
Domicilio _____	
Comuna _____, Fono _____, E-mail _____	
Parentesco con el alumno(a):	
_____ Padre	_____ Madre
_____ Otro, especifique: _____	
Profesión/Actividad _____	
Lugar de Trabajo _____, Antigüedad Laboral (años/meses) _____	
Fono Trabajo _____, E-mail Trabajo _____	
Remuneración Bruta Mensual: \$ _____	

II. DATOS DEL ALUMNO(A)			
¿Recibió Beca el año anterior?	SI	NO	% de beca año anterior:
Nombre completo		Sexo F _____ M _____	Edad:
Domicilio		Fono	

Curso Año 2026:				
VIVE CON:	Ambos Padres _____	Sólo Padre _____	Sólo Madre _____	Abuelos _____
Otros _____ (señalar quienes)				
RECIBE AYUDA ECONÓMICA DE _____ (indicar sólo cuando recibe ayuda de otras personas fuera de grupo familiar)				

III. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA (Marque con una X)	
Propietario sin deuda (casa cancelada)	
Propietario con deuda (pagando dividendo o crédito hipotecario)	
Arrendatario (con o sin contrato de arriendo)	
Allegado	
Usufructuario o heredero	

¿Comparte su vivienda con otra familia?	SI _____ NO _____
¿Posee usted otra vivienda?	SI _____ NO _____
Si la respuesta es SI, señale la situación de dicha vivienda	
Abandonada	Arrendada (Indique monto) \$
Cedida	En venta

IV. SALUD DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

¿Algún miembro de su grupo familiar directo sufre de alguna enfermedad crónica, catastrófica o presenta alguna discapacidad? SI _____ NO _____

Indique a continuación los datos de la o las personas y la enfermedad que padece. Recuerde que sólo se considerarán las enfermedades que tengan respaldo documentado.

NOMBRE	ENFERMEDAD O INVALIDEZ

V. DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES (Consiguar el monto total de los gastos en cada categoría)

Vivienda (arriendo/ dividendo)	\$
Servicios Básicos (agua, luz, teléfono, gas, etc.)	\$
Colegios e instituciones de educación superior	\$
Alimentación	\$
Gastos relacionados con salud (enfermedades)	\$
Deudas Comerciales (monto de pago mensual, no total)	\$
Deudas financieras (NO HIPOTECARIAS; monto de pago mensual, no total)	\$
Locomoción y otros	\$
TOTAL	\$



DECLARACIÓN JURADA **COLEGIO CAMBRIDGE LARRAÍN**

Me hago responsable de la información proporcionada en este FORMULARIO POSTULACIÓN A BECA SOCIAL y declaro bajo juramento que es fidedigna, la que es respaldada con la documentación requerida para su tramitación.

Documentación no relacionada con el Apoderado, el Alumno(a), grupo familiar directo o a los gastos básicos mensuales del hogar del Alumno(a), no serán considerados en el proceso de calificación.

Firma del Apoderado Postulante a la Beca Social

RUT _____

Santiago, _____ de _____ del _____

SOCIEDAD EDUCACIONAL COLEGIO CAMBRIDGE S.A.

Av. Larraín 6227, La Reina, Región Metropolitana
Sitio web: www.cambridge.cl – Correo electrónico: becas@cambridge.cl