

FICHA SOCIOECONÓMICA BECA MUNICIPAL 2026

1. INSUFICIENCIA ECONÓMICA DE LA FAMILIA (Inclúyase al postulante o renovante)

| Nº                | R.U.T | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE | FECHA NACIMIENTO |  |  | ESTADO CIVIL | PARENTESCO ALUMNO | INGRESOS \$ |
|-------------------|-------|------------------|------------------|--------|------------------|--|--|--------------|-------------------|-------------|
| 1                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| 2                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| 3                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| 4                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| 5                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| 6                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| 7                 |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |
| Total de Ingresos |       |                  |                  |        |                  |  |  |              |                   |             |

2. ANTECEDENTES DEL JEFE DE HOGAR (Marcar sólo 1 alternativa)

| CATEGORÍA OCUPACIONAL                                                       |  | SITUACIÓN LABORAL           |  | PATRIMONIO                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|
| Empresario                                                                  |  | Activo Permanente           |  | Tiene Bien Raíz, Vehículo Particular, Capital de Trabajo |  |
| Pequeño Productor Agrícola o Pequeño Emprendedor Indígena o microempresario |  |                             |  | Tiene Bien Raíz, y Vehículo Particular.                  |  |
| Profesionales sector público o privado                                      |  | Pasivo o Pensionado         |  | Tiene Bien Raíz y Capital de Trabajo                     |  |
| Empleados Públicos o Privado                                                |  |                             |  | Tiene Vehículo Particular. y Capital de Trabajo          |  |
| Jubilado, Pensionado                                                        |  | Activo Ocasional o Temporal |  | Tiene Bien Raíz                                          |  |
| Trabajador Dependiente                                                      |  |                             |  | Tiene Vehículo Particular                                |  |
| Trabajador Por Cuenta Propia                                                |  | Inactivo o Desempleado      |  | Tiene Capital de Trabajo                                 |  |
| Trabajador No Calificado                                                    |  |                             |  | No Tiene Ningún Patrimonio                               |  |

3. OTROS FACTORES DE RIESGO (Marcar sólo 1 alternativa)

| ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS     |  | STRESS FAMILIAR                                                                                  |  |
|--------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Sin enfermedad catastrófica    |  | Sin situación de stress familiar                                                                 |  |
| Afecta a adulto de la familia  |  | Con Hacinamiento                                                                                 |  |
| Afecta a menor de la familia   |  | Enfermedad Crónica Severa que afecte al postulante o becado u otro integrante del grupo familiar |  |
| Afecta al postulante o becado  |  | Alcoholismo o drogadicción                                                                       |  |
| Afecta al jefe de hogar        |  | Trastorno salud mental que afecte al postulante becado u otro integrante del grupo familiar      |  |
| DEFICIT DE APOYO               |  | DISCAPACIDAD                                                                                     |  |
| Familia Monoparental           |  | Sin Discapacidad                                                                                 |  |
| A cargo de abuelos o parientes |  | Discapacidad que afecta a menor del grupo familiar                                               |  |
| Solo o a cargo de Cuidadores   |  | Discapacidad que afecta al jefe de hogar del grupo familiar                                      |  |
| Institución de Protección      |  | Discapacidad que afecta al postulante                                                            |  |