



CORPORACION EDUCACIONAL PARRAL

COLEGIO CONCEPCION DE PARRAL

www.colegioconcepciondeparral.cl

N° FICHA (No llenar, uso interno):

FORMULARIO DE POSTULACION A BECAS

PERIODO ESCOLAR 2026

Importante:

Antes de completar el formulario de Postulación a Becas para el periodo Escolar 2026, se sugiere leer el Reglamento de Becas disponible en www.colegioconcepciondeparral.cl

NOMBRE COMPLETO APODERADO: _____

Identificación de los pupilos que estudian en el Colegio:

N°	NOMBRES	AP. PATERNO	AP. MATERNO	CURSO ACTUAL
1				
2				
3				
4				
5				

N° DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA (personas que componen el hogar familiar)

1.1. Familiares Directos

	NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	ACTIVIDAD	INGRESOS
PADRE				\$
MADRE				\$

1.2. Otros integrantes (hijos, primos, tíos, abuelos del alumno)

Parentesco	NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	ACTIVIDAD	INGRESOS
1.				\$
2.				\$
3.				\$
4.				\$
5.				\$
6.				\$
Total de Ingresos de la Familia				\$

Observaciones: **SE DEBE ADJUNTAR**

- Trabajadores dependientes: Acreditar renta con liquidaciones de sueldos del año 2025.
- Certificado AFP últimos 24 meses.
- Trabajadores Independientes: Presentar Carpeta Tributaria últimos 2 años y Formulario IVA periodo 2025.

2. APOORTE PATERNO (en caso de Padres separados)

	NOMBRE Y APELLIDOS	RUT	ACTIVIDAD	INGRESOS
PADRE				\$

Marcar con X total aporte

Entre	1	\$ 0	y	\$ 0	
Entre	2	\$ 0	y	\$ 50,000	
Entre	3	\$ 51,000	y	\$ 100,000	
Entre	4	\$ 101,000	y	\$ 200,000	
Entre	5	\$ 201,000	y	\$ 300,000	
Entre	6	Otro		\$	

APORTE REAL \$ _____

Observaciones: **SE DEBEN ADJUNTAR:** Documento que acredite Pensión de Alimentos

3. BENEFICIARIOS DE SUBSIDIO ESTATAL

1 PASIS	☐	SUBSIDIO HABITACIONAL	4	☐	ESPECIFIQUE OTROS	
2 SUF	☐	NO	5	☐		
3 PRAIS	☐	OTROS	6	☐		

Observaciones: **SE DEBE ADJUNTAR:** ACREDITACION DEL SUBSIDIO

4. N° DE PERSONAS QUE CURSAN EDUCACIÓN BASICA Y/O MEDIA

(Anotar cantidad de personas)

5. N° DE PERSONAS QUE CURSAN EDUCACION SUPERIOR

(Anotar cantidad de personas y **Adjuntar Certificado de Alumno Regular**)

6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES (Marcar con una X)

MADRE

NO CORRESPONDE	1	☐
ANALFABETO	2	☐
BASICA INCOMPLETA	3	☐
BASICA COMPLETA	4	☐
MEDIA O TECNICA COMPLETA	5	☐
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	6	☐
UNIVERSITARIA COMPLETA	7	☐

PADRE

NO CORRESPONDE	☐
ANALFABETO	☐
BASICA INCOMPLETA	☐
BASICA COMPLETA	☐
MEDIA O TECNICA COMPLETA	☐
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	☐
UNIVERSITARIA COMPLETA	☐

Observaciones: Marcar "NO CORRESPONDE" para el caso de Padre o Madre Ausente

7. CONDICIÓN DE EMPLEABILIDAD DE LOS PADRES (Marque con una X)

	PADRE	MADRE
No corresponde (para el caso de madre o padre ausente)	☐	☐
Cesante y sin trabajo alguno.	☐	☐
Obrero estable no especializado. Ingreso mínimo; temporero	☐	☐
Obrero especializado, Empleado estable, Agricultor., FF.AA.y de Orden.	☐	☐
Trabajador no profesional contrato fijo. (Administrativos, técnicos)	☐	☐
Micro empresario, Profesional Dependiente, Empleado con cargo de jefaturas	☐	☐
Profesional independiente, Pequeño Empresario	☐	☐

8. FICHA DE REGISTRO SOCIAL DE HOGAR (Adjuntar Ficha Registro Social de Hogares)

(Marcar con una X Puntaje)

Porcentaje	de 0% a 40%	1	☐	de 71% a 100%	3	☐
	de 41% a 70%	2	☐	No tiene	4	☐

9. SEGURIDAD SOCIAL DEL ALUMNO (Marque con una X y ADJUNTAR CERTIFICADO DE AFILIACION)

SIN SEGURIDAD SOCIAL	1	☐
FONASA TRAMO A - B	2	☐
FONASA TRAMO C - D	3	☐
DIPRECA	4	☐
ISAPRE	5	☐

10. ENFERMEDADES EN EL GRUPO FAMILIAR (Marque con una X y ADJUNTAR CERTIFICADO MEDICO)

CANCER TERMINAL	1	☐	Especifique	_____
CANCER	2	☐	Especifique	_____
DEPRESION, ESQUIZOFRENIA	3	☐	Especifique	_____
HTA, DM, ALERGIAS, ASMA	4	☐	Especifique	_____
OTRAS	5	☐	Especifique	_____
NO EXISTE ENFERMEDAD	6	☐		

11. TENENCIA DE LA VIVIENDA (Marque con una X)

(Se deben acompañar Títulos de Dominio, Escrituras o Contratos que lo acrediten).

ALLEGADO	1	☐
USUFRUCTUARIO/PRESTAMO	2	☐
ARRENDATARIO	3	☐
PROPIETARIO PAGA DIVIDENDO	4	☐
TIENE CASA PROPIA, PERO VIVE ALLEGADO	5	☐
PROPIETARIO	6	☐

12. TIPO DE VIVIENDA (Marque con una X)

MEDIAGUA	1	☐
AUTOCONSTRUCCION HASTA 80M2	2	☐
POBLACION HOMOGENEA	3	☐
SOLIDA HASTA 140 M2	4	☐
SOLIDA MAYOR 140 M2	5	☐
OTRA	6	☐

Especifique Otras _____

13. AUTOMÓVILES

Marque con una X

CANTIDAD DE VEHÍCULOS:

NO TIENE	1	☐
MENOR 800 CC	2	☐
ENTRE 800 Y 1.500 CC	3	☐
ENTRE 1.500 Y 2000 CC	4	☐
MAYOR A 200 CC	5	☐
VEHICULOS DE CARGA	6	☐

Marca	_____	AÑO	_____
Marca	_____	AÑO	_____
Marca	_____	AÑO	_____
Marca	_____	AÑO	_____
Marca	_____	AÑO	_____

14. SI ES AGRICULTOR SEÑALAR TOTAL HECTÁREAS:

(se deben acompañar Escrituras, Contratos o Títulos de Dominio que lo acrediten)

a) Calidad que explota el/los predios:

Propietario
Usufructuario
Arrendatario
Otras

☐
☐
☐
☐

Especifique otras: _____

b) Antecedentes de los predios:

Antecedentes	Pedio 1	Pedio 2	Pedio 3
Comuna			
Rol Avalúo			
Superficie			

c) Detallar Cultivos:

Especificar cultivos	Hectáreas destinadas	Hectáreas destinadas	Hectáreas destinadas
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

15. PARTICIPACIÓN EN SOCIEDADES:

Nombre Sociedad	Rut Sociedad	% Participación
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Observaciones: Todos los trabajadores independientes, empresarios, participación en sociedades y agricultores deben **ADJUNTAR CARPETA TRIBUTARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS Y FORMULARIOS IVA DEL PERIODO 2025.**

15. EGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (Debe completar este Item, en caso contrario no podrá ser evaluado)

VIVIENDA	1	\$	(arriendo, dividendo)
EDUCACION	2	\$	
SALUD	3	\$	
ALIMENTACION	4	\$	
SERVICIOS (Luz, agua, gas)	5	\$	
CABLE, INTERNET	6	\$	
OTROS	7	\$	Especifique
PAGO MENSUAL CREDITOS	8	\$	Especifique

TOTAL EGRESOS \$

Observaciones: Adjuntar comprobantes de Gastos

16. PARA QUE SU SOLICITUD SEA EVALUADA, DEBERÁ ADJUNTAR:

Liquidaciones de sueldos del año 2025

Certificado de AFP últimos 24 meses

Certificados AFC (en caso de Cesantía)

Carpeta Tributaria últimos 24 meses (en caso de Trabajadores Independientes y sociedades) y Formularios IVA del periodo 2025.

Títulos de Dominio, Escrituras o Contratos en caso de Bienes Raíces.

Certificado de Afiliación a Fonasa – Isapre u otra Institución de Salud que correspondiera

Ficha de Registro Social de Hogares

Certificado de Subsidio Estatal

Certificado de Cesantía (si correspondiera)

Certificado de Alumno Regular (en caso de estudiantes de Educación Superior)

Certificado Médico en caso de enfermedades del grupo familiar

Comprobantes de Gastos

17. CARTA SOLICITUD:

(Señale brevemente porqué solicita la BECA)

[illegible]

FIRMA RESPONSABLE: _____

NOMBRE: _____

RUT: _____

FECHA: _____

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono: _____

IMPORTANTE: LA COMISIÓN DE BECAS NO REVISARÁ POSTULACIÓN SI LA INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE ESTA INCOMPLETA. (Los datos de correo electrónico y teléfono deben ser escritos de forma clara y legible, el resultado se enviará a través de correo electrónico)