



SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL PAGO DE ESCOLARIDAD

I. Identificación de la Unidad Educativa

Establecimiento: Colegio Greenland San Felipe Dirección: Camino la Troya Km. 1,4.
Región: Quinta Provincia: San Felipe Comuna: San Felipe

II. Identificación del Postulante

Nombre del Alumno: _____
Dirección _____ Teléfono _____
Comuna _____ Curso _____

III. Identificación del Apoderado

Nombre del Apoderado: _____
Dirección _____ Rut _____
Parentesco con el Alumno _____ Teléfono _____

IV. Antecedentes Solicitados

Familiares

Nº de personas que componen el Grupo Familiar
Nº de personas dependientes
Nº de personas que aportan económicamente

Económicos:

Ingresos mensuales sumadas las rentas de todos los integrantes que aportan económicamente.
(Marcar con una X).

Entre \$100.000 y \$250.000
Entre \$250.000 y \$500.000
Entre \$500.000 y \$750.000
Entre \$750.000 y \$1.000.000
Sobre \$1.000.000

Otros ingresos mensuales del grupo familiar por concepto de: arriendos, pensiones, subsidios, etc. \$

Total de Ingresos \$



Principales egresos:

El grupo familiar paga mensualmente por concepto de estudio de sus integrantes la cantidad de
Gasto promedio mensual del grupo familiar en vestuario, alimentación, luz, agua, teléfono, etc.
Otras situaciones que signifiquen un egreso económico.

Three stacked boxes for monetary values, each starting with a dollar sign (\$).

Total de egresos \$

Sociales:

Origen de la Vivienda (Marque con una X)

Form with three rows: Propia, Arrendada, Otro, each with a checkbox.

Gasto en vivienda (Marque con una X):

Form with three rows for housing expense ranges: Entre \$100.000 y \$200.000, Entre \$200.000 y \$300.000, Sobre \$300.000, each with a checkbox.

El Grupo familiar tiene automóvil usado para trabajar (Marque con una X):

Form with two rows: SI, NO, each with a checkbox.

Si su respuesta es SI, Marca del vehículo:
Año de fabricación:
Modelo:

Salud:

¿Algún integrante del grupo familiar padece una enfermedad catastrófica? (Marque con una X).

Form with two rows: SI, NO, each with a checkbox.

Parentesco: _____

Enfermedad: _____

Gasto mensual estimado: \$ _____

Sistema de Becas Colegio Greenland San Felipe.



Otra Situación:

(Detallar y adjuntar documentos)

Otros Antecedentes:

Cualquier situación o antecedente que el apoderado desee mencionar (adjuntar documentos)

Declaro bajo juramento conocer el reglamento de becas del colegio Greenland San Felipe. La información y los documentos adjuntos a la presente solicitud son verídicos, en consecuencia, autorizo su comprobación y asumo la responsabilidad civil y penal que puedan derivarse.

Nombre y Firma del Apoderado:

Fecha:

Talón de recepción de la Postulación al Sistema de Becas

Nombre Apoderado:

Nombre Alumno:

Curso:

Fecha:

Funcionario que Recepciona:

Firma y timbre de recepción