



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

FORMULARIO DE APELACIÓN NOTA EDUCACIÓN SUPERIOR

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT: _____
NOMBRES: _____
APELLIDOS: _____
TELEFONO FIJO: _____
CELULAR: _____
E-MAIL: _____
DOMICILIO FAMILIAR: _____

DATOS ACADÉMICOS

NOMBRE INSTITUCION: _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____

2.- ANTECEDENTES DE APELACIÓN

Nota de Apelación	
Adjunta certificado de notas	
% Ramos aprobados en el último año académico cursado	
Adjunta documentación de respaldo	

CAUSAL DE APELACIÓN (MARQUE CON UNA X LA CAUSAL CORRESPONDIENTE)

Maternidad - Embarazo del estudiante		Accidentes – enfermedades catastróficas del Jefe de hogar	
Enfermedad – accidente del estudiante		Fallecimiento del Jefe de Hogar	
Cuidados de hijo menor de un año		Cambio de Carrera	
Violencia intrafamiliar		Cierre carrera o institución educación superior	
Alcoholismo – drogadicción Jefe de Hogar		Cesantía Jefe de Hogar	
Enfermedad salud mental de Jefe de Hogar		Problemas económicos en núcleo familiar	

Fecha

Firma estudiante apelante



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

FORMULARIO DE SUSPENSIÓN EDUCACION SUPERIOR

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS ACADÉMICOS

NOMBRE INSTITUCIÓN: _____
NOMBRE CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT: _____
NOMBRES: _____
APELLIDOS: _____
TELEFONO FIJO: _____
TELEFONO: _____
CELULAR: _____
E-MAIL: _____

2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (INGRESAR AÑO Y MARQUE CON UNA X LOS SEMESTRES DE SUSPENSIÓN)

INGRESAR AÑO	
ANUAL	
1º SEMESTRE	
2º SEMESTRE	

CAUSAL DE SUSPENSIÓN (MARQUE CON UNA X LA CAUSAL DE SUSPENSIÓN)

1.1 Enfermedad de salud mental		3.1 Cumplimiento servicio militar obligatorio.	
1.2 Accidentes - enfermedades		3.2 Catástrofes ambientales.	
1.3 Embarazo		4.1 Violencia intrafamiliar	
1.4 Maternidad		4.2 Alcoholismo – drogadicción Jefe de Hogar	
1.5 Cuidados de hijo menor de un año		4.3 Enfermedad salud mental de Jefe de Hogar	
2.1 Preparación para la PSU		4.4 Accidentes – enfermedades catastróficas del Jefe de hogar	
2.2 Dificultad para encontrar lugar de práctica		4.5 Fallecimiento del Jefe de Hogar	
2.3 Cierre carrera o institución Educación Superior		5.1 Cesantía Jefe de Hogar	
2.4 Cambio de Carrera		5.2 Endeudamiento universitario	
2.5 Perfeccionamiento pasantía o práctica extranjero.		5.3 Cesantía de estudiante que vive y se mantiene solo	
2.6 Dificultad para continuidad de carrera técnica a carrera profesional o de programa de formación inicial a carrera profesional		5.4 Problemas económicos en núcleo familiar	
2.7 Sin carga académica			

Fecha

Firma estudiante



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

FORMULARIO DE CAMBIO DE CARRERA

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT: _____
NOMBRES: _____
APELLIDOS: _____
TELEFONO FIJO: _____
CELULAR: _____
E-MAIL: _____
DOMICILIO FAMILIAR: _____

2.- DATOS ACADÉMICOS CARRERA ORIGINAL

NOMBRE INSTITUCION: _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____
DURACION CARRERA: _____
NOTA (Ultimo año académico cursado): _____

3.- ANTECEDENTES DE NUEVA CARRERA

NOMBRE INSTITUCION: _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____
DURACION CARRERA: _____
COMUNA SEDE: _____

CAUSAL DE CAMBIO DE CARRERA (MARQUE CON UNA X LA CAUSAL CORRESPONDIENTE)

1.1 Enfermedad de salud mental		1.5 Cuidados de hijo menor de un año	
1.2 Accidentes - enfermedades		2.1 Cierre carrera o institución Educación Superior	
1.3 Embarazo		2.2 Reorientación vocacional	
1.4 Maternidad			

Fecha

Firma estudiante



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

FORMULARIO DE CAMBIO DE INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT: _____
NOMBRES: _____
APELLIDOS: _____
TELEFONO FIJO: _____
CELULAR: _____
E-MAIL: _____
DOMICILIO FAMILIAR: _____

2.- DATOS ACADÉMICOS INSTITUCION ORIGINAL

NOMBRE INSTITUCION: _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____
DURACION CARRERA: _____
NOTA (Ultimo año académico cursado): _____

3.- ANTECEDENTES DE NUEVA INSTITUCION

NOMBRE INSTITUCION: _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____
DURACION CARRERA: _____

DOCUMENTACION ADJUNTA A SOLICITUD DE CAMBIO DE INSTITUCION (MARQUE CON UNA X LA CAUSAL CORRESPONDIENTE)

Certificado de Alumno Regular de nueva IES	☐
Comprobante de matrícula de Nueva IES	☐
Documento que acredite convalidación de ramos	☐

Fecha

Firma Estudiante



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

FORMULARIO DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS DE CARRERA TÉCNICA O PROGRAMAS DE FORMACIÓN INICIAL A CARRERA PROFESIONAL

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT: _____
NOMBRES: _____
APELLIDOS: _____
TELEFONO FIJO: _____
CELULAR: _____
E-MAIL: _____
DOMICILIO FAMILIAR _____

2.- DATOS ACADÉMICOS CARRERA TECNICA O PROGRAMA DE FORMACIÓN INICIAL

NOMBRE INSTITUCION _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____
DURACION CARRRERA: _____
NOTA (Ultimo año académico cursado): _____

3.- ANTECEDENTES DE CARRERA PROFESIONAL

NOMBRE INSTITUCION _____
CARRERA: _____
AÑO DE INGRESO: _____
DURACION CARRRERA: _____
COMUNA SEDE: _____

DOCUMENTACION ADJUNTA A SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS (MARQUE CON UNA X LA CAUSAL CORRESPONDIENTE)

Certificado de Alumno Regular de nueva carrera	
Certificado de título de carrera técnica	
Certificado de título del programa de formación inicial	
Documento que acredite continuidad de carrera técnica a profesional	

Fecha

Firma estudiante



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

FORMULARIO DE APELACIÓN DURACIÓN MÁXIMA DEL BENEFICIO EDUCACIÓN SUPERIOR

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

RUT:

NOMBRES:

APELLIDOS:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

E-MAIL:

DOMICILIO FAMILIAR

DATOS ACADÉMICOS

NOMBRE

INSTITUCION

CARRERA:

AÑO DE INGRESO:

DURACION

CARRERA:

NOTA (Ultimo año

académico

cursado): _____

COMUNA SEDE:

2.- ANTECEDENTES DE APELACIÓN

Periodo de extensión del beneficio	
Adjunta documentación de respaldo	

CAUSAL DE APELACIÓN (MARQUE CON UNA X LA CAUSAL CORRESPONDIENTE)

Problemas Familiares	
Problemas de Salud	
Problemas Económicos	

Fecha

Firma Estudiante/ Padre o Adulto Responsable



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Nombre del Renovante / Postulante.....
RUN:
Nombre de la persona que declara gastos familiares.....
Declaración corresponde al gasto del mes de.....

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Nombre :
Rut :
Domicilio :
Teléfono :
Ocupación :

DETALLE GASTO FAMILIAR	MONTO MENSUAL \$
Alimentación	
Útiles de Aseo	
Arriendo o Dividendo	
Luz y Agua	
Movilización	
Combustible calefacción (gas, parafina, carbón, leña etc.)	
Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.)	
Teléfono/s (celular/es , fijo/s)	
Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.)	
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	
Vestuario	
Varios (recreación, deportes, combustible y mantenciones vehículo particular etc.)	
TOTAL	

Observaciones:.....
.....
.....
.....

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula o renueva el alumno individualizado al inicio del presente documento será revocado. Además faculto a la Junaeb a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de la situación socioeconómica de mi grupo familiar durante todo el período que se haga efectivo el beneficio.

Firma y Timbre Asistente Social

Firma del Jefe de Hogar y/o Persona que declara

Fecha:



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO DE PATRIMONIO

Yo _____ RUT _____ certifico que cuento con
(nombre de quien entrega el aporte)

el/los siguiente/s bienes que integran mi patrimonio:

Bien Raíz, Vehículo Particular, Capital de Trabajo	
Bien Raíz y Vehículo Particular	
Bien Raíz y Capital de Trabajo	
Vehículo Particular y Capital de Trabajo	
Bien Raíz	
Vehículo Particular	
Capital de Trabajo	
No Tienen ningún Patrimonio	

Así mismo declaro poseer el parentesco de _____ con el/la renovante/postulante
(indicar parentesco con postulante – renovante)

_____ RUT _____
(nombre del postulante – renovante)

Declaro que la información consignada este documento es fidedigna y completa, lo anterior bajo la responsabilidad que asumo en caso de incurrir en alguna omisión o falsedad. En el evento que Junaeb detecte alguna omisión o falsedad en lo antes declarado, procederá a evaluar el posible rechazo de la postulación o supresión del beneficio.

Firma Postulante / Renovante

Firma de quien declara patrimonio

Fecha: _____



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO DE APOORTE DE PARIENTES - TERCEROS

Yo _____ RUT _____ declaro que entrego
(nombre de quien entrega el aporte)

a _____ RUT _____ con quien tengo parentesco
(nombre del postulante – renovante)

de _____ la suma de \$ _____ mensuales, como aporte
(parentesco con el postulante - renovante)

para su mantención.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula o renueva el estudiante individualizado en el presente documento será revocado por Junaeb.

Firma Postulante

Firma de quien entrega el aporte

Fecha: _____



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

INFORME MÉDICO PARA ACREDITAR ENFERMEDAD CRÓNICA O CATASTRÓFICA

Nombre del paciente y/o postulante:

❖ Parentesco con el postulante:

❖ Rut :

❖ Fecha de emisión :

Enfermedad Crónica ☐

Enfermedad Catastrófica ☐

DIAGNOSTICO

Nombre de Profesional que Acredita

Firma médico tratante y/o que certifica
(Timbre de Institución Responsable)



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO PARA ACREDITAR FACTORES DE RIESGO

❖ Nombre del postulante:

❖ Rut:

❖ Fecha de emisión:

Alcoholismo ☐

Drogadicción ☐

Violencia Intrafamiliar ☐

❖ **Observación:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre de Asistente Social o Psicólogo

Firma Asistente Social o Psicólogo que
certifica
(Timbre de institución Responsable)



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO PARA ACREDITAR DEFICIT RED DE APOYO FAMILIAR

❖ Nombre del postulante:

❖ Rut:

❖ Fecha de emisión:

Apoyo sólo de la madre o del padre ☐

Sin los padres, a cargo de abuelos o parientes ☐

Sin los padres, estudiante solo o a cargo de cuidadores, no parientes ☐

❖ **Observación:**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre de Asistente Social o Psicólogo

Firma Asistente Social o Psicólogo que certifica
(Timbre de institución Responsable)



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO RESIDENCIA EN COMUNIDA INDÍGENA

Fecha y ciudad

Mediante la presente yo don/ña _____, Rut: _____-__ miembro de la directiva de la Comunidad Indígena _____ cuyo registro Conadi es el N° _____ acreditado que don/ña _____, Rut: _____-__ y/o su grupo familiar reside o es miembro de nuestra comunidad ubicada en la comuna de _____ sector _____.

Firma y timbre

Nota: este certificado se extiende para uso exclusivo de Junaeb y no podrá ser utilizado para otros fines que los determinados por la beca Indígena o beca de Residencia Indígena.



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIÓN INDÍGENA

Fecha y ciudad

Mediante la presente yo don/ña _____, Rut: _____-__ miembro de la directiva de la Comunidad o Asociación indígena _____ cuyo registro consta en _____ con el N° _____ acredito que don/ña _____, Rut: _____-__ es miembro activo y/o participa de las actividades desarrolladas por nuestra organización tales como:

Firma y timbre

Nota: este certificado se extiende para uso exclusivo de Junaeb y no podrá ser utilizado para otros fines que los determinados por la beca Indígena o beca de Residencia Indígena.

CERTIFICADO DE QUE EL ESTUDIANTE REALIZA PRÁCTICAS CULTURALES Y/O PARTICIPA DE CELEBRACIONES RITUALES DE LA COMUNIDAD O PUEBLO AL QUE PERTENECE

Fecha y ciudad

Mediante la presente yo don/ña _____, Rut: _____ - __ en

☐ en condición de (marcar con una X):

☐ Autoridad tradicional _____ del pueblo

☐ _____

☐ Miembro de la directiva de la Comunidad Indígena

☐ _____

☐ Miembro de la directiva de la Asociación Indígena

☐ _____

☐ Consejero de Conadi

☐ _____

☐ Directivo del Establecimiento Educacional

☐ Organización comunitaria o funcional

Mediante la presente certifico que don/ña

_____, Rut: _____ - ____

☐ El estudiante cultiva y/o participa de (marcar con una X):

☐ PRACTICAS CULTURALES

☐ CELEBRACIONES RITUALES



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

Firma y timbre

Nota: este certificado se extiende para uso exclusivo de Junaeb y no podrá ser utilizado para otros fines que los determinados por la Beca Indígena o Beca de Residencia Indígena.



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO RESIDENCIA EN COMUNIDA INDIGENA RAPA NUI

Fecha y ciudad

Mediante la presente yo don/ña
_____, Rut:
_____-__ Jefe de la oficina de Conadi de Isla de Pascua acredito que
don/ña _____, Rut: _____-__ y/o su
grupo familiar reside en nuestra comunidad indígena Rapa Nui de

Firma y timbre

Nota: este certificado se extiende para uso exclusivo de Junaeb y no podrá ser utilizado para otros fines que los determinados por la Beca Indígena o Beca de Residencia Indígena.



Autoriza a JUNAEB a efectuar el tratamiento de mis datos personales con arreglo a las disposiciones de la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada con el objeto de efectuar ante la Red Colaboradora las gestiones pertinentes que tengan directa relación con los procesos de postulación y renovación de Becas JUNAEB 2015/2016.

CERTIFICADO DE PARTICIPACION EN ORGANIZACIÓN INDIGENA DEL PUEBLO RAPA NUI

La Directora/or del Departamento de Desarrollo Social de la Ilustre Municipalidad de Isla de Pascua que suscribe, certifica que Don _____; RUT _____- __, tiene residencia en Rapa Nui, territorio de su etnia y por tanto, es miembro activo y/o participa de las actividades de las organizaciones y/o asociaciones indígenas de nuestra comuna.

Se extiende el presente certificado para ser presentado en la Postulación o Renovación de la Beca Indígena para el proceso 2015-2016.

**DIRECTORA DEPARTAMENTO SOCIAL
MUNICIPALIDAD DE ISLA DE PASCUA**

RAPA NUI, de _____ del 201__