**FORMULARIO SOLICITUD DE ATENCION DE EMERGENCIA COLEGIO CONCEPCION LINARES 2020**

Se atenderán únicamente solicitudes que refieran dificultades en el pago de arancel producto de la crisis sanitaria a raíz del COVID-19 y que correspondan a algunos de los motivos referidos a continuación (Especificar)

|  |  |
| --- | --- |
| CESANTIA JEFE DE HOGAR  |  |
| PROBLEMA GRAVE DE SALUD MIEMBRO GRUPO FAMILIAR  |  |

Justifique brevemente su solicitud en razón de la emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **IDENTIFICACIÓN ALUMNO :**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| CURSO AÑO ESCOLAR 2020 |  |

Repetir si es más de un alumno por grupo familiar

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| CURSO AÑO ESCOLAR 2020 |  |

**2.- ANTECEDENTES DEL APODERADO SOLICITANTE**:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| DIRECCION  |  |
| FONO CONTACTO  |  |
|  |  |

**3.- IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**: Deberá señalar a todas las personas que viven bajo el mismo techo y comparten ingresos y gastos, incluido(s) el alumno(s)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDO**   | **RUT**   | **EDAD**   | **PARENTESCO**  | **NIVEL DE****EDUCACION** | **ACTIVIDAD**   | **INGRESO (sueldo, pensión o subsidio)**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL INGRESOS  |  |
| PER CÁPITA (uso exclusivo Trabajador Social)  |  |

**4.- TENENCIA DE LA VIVIENDA QUE OCUPA EL GRUPO FAMILIAR:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TENENCIA** |  |  **PAGO MENSUAL**  |
| PROPIETARIO  | PAGA DIVIEDENDO:  | $ |
| ARRENDATARIO  |  | $ |
| ALLEGADO  |  | $ |
| OTROS  | Especificar:  | $ |

**5.- SITUACIÓN OCUPACIONAL**  **ACTUAL**  **JEFE DE HOGAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **TIPO** | **ACTIVIDAD**  | **INSTITUCION/EMPRESA** | **INGRESO** |
|  | TRABAJADOR DEPENDIENTE  |  |  |  |
|   | TRABAJADOR INDEPENDIENTE  |  |  |  |
|   | JUBILADO  |  |  |  |
|   | CESANTE  |  |  |  |

5.1 Indique situación ocupacional de otros integrantes del grupo familiar que generan ingresos regularmente (debe ser coincidente con lo informado en el punto 3) Repetir si es necesario

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **TIPO** | **ACTIVIDAD**  | **INSTITUCION/EMPRESA** | **INGRESO**  |
|  | TRABAJADOR DEPENDIENTE  |  |  |  |
|   | TRABAJADOR INDEPENDIENTE  |  |  |  |
|   | JUBILADO  |  |  |  |
|   | CESANTE  |  |  |  |

 **6.- SITUACION DE SALUD:** Especificar si algún integrante del grupo familiar presenta alguna enfermedad catastrófica o de alto costo y que afecta el presupuesto familiar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE**  | **ENFERMEDAD**  | **TIPO DE TRATAMIENTO**  | **COSTO APROXIMADO**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **7.- DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA A ESTA POSTULACIÓN:** La documentación presentada debe dar cuenta de lo informado precedentemente.

|  |  |
| --- | --- |
| LIQUIDACIONES DE SUELDO / PENSIONES (3 ÚLTIMOS MESES) |   |
| FINIQUITO  |   |
| CERTIFICADO COBRO SUBSIDIO CESANTIA  |  |
| CERTIFICADO ÚLTIMAS DOCE COTIZACIONES PREVISIONALES  |  |
| CERTIFICADO BOLETAS ELECTRONICAS EMITIDAS (AÑO 2019 – 2020) |  |
| DECLARACIÓN DE IMPUESTO A LA RENTA (FORMULARIO 22) AÑO 2020 |  |
| DECLARACION IVA (FORMULARIO 29) 3 ULTIMOS MESES  |  |
| CARTOLA COBRO DE SUBSIDIOS |   |
| COMPROBANTE DE ARRIENDO O DIVIDENDO (3 ULTIMOS MESES PAGADOS)  |   |
| CERTIFICADOS MEDICOS ENFERMEDADES CATRASTROFICAS O DE ALTO COSTO |   |
| CARTOLA ACTUALIZADA ESTADO CUENTA PAGO DE PENSIONES ALIMENTOS  |  |
| OTROS DOCUMENTOS : Especificar  |   |
|  |  |
|  |  |

Nota: Los resultados de esta solicitud no serán apelables.

**NOMBRE PADRE O APODERADO**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA PADRE O APODERADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE PRESENTACION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**