**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**