

ANEXO III

Fecha límite de entrega: 30/11/2017

BECA INTERNA 2018

 A completar por la
Dirección General de Acceso y Apoyo al Estudiante

Fecha de Entrega ___/___/2017

FORMULARIO DE SOLICITUD

N° /2018

BECA SOLICITADA: marcar con una cruz X la beca solicitada (optar por un solo tipo de beca)

AE (Ayuda Económica)
MA (Mérito Académico)
ME (Material de Estudio)
D (Discapacidad)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

APELLIDO:	NOMBRE:
DNI:	CUIL:
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Estado civil:
Domicilio actual:	
Barrio:	Localidad y Partido:
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:
e-mail:	e-mail alternativo:

Distancia desde su domicilio a la sede de la UNPAZ	0 a 3 Km <input type="checkbox"/>	3 a 6 km <input type="checkbox"/>	6 a 12 km <input type="checkbox"/>
	12 a 15 Km <input type="checkbox"/>	16 a 24 km <input type="checkbox"/>	mas de 25 km <input type="checkbox"/>

DATOS ACADÉMICOS DEL SOLICITANTE

Ciclo de ingreso	Año: (CAMU - CITU -CIU)		
CARRERA:			
¿Posee título terciario o universitario? SI NO ¿Cual?			
Si cursa más de una carrera para cuál solicita la beca:			
Su padre y / o madre realizó estudios:	Primarios <input type="checkbox"/>	Secundarios <input type="checkbox"/>	Terciarios/ Universitarios completos <input type="checkbox"/> incompletos <input type="checkbox"/>

DATOS DE SALUD ¿como realiza su atención de salud?

Hospital público <input type="checkbox"/>	Centro de Salud <input type="checkbox"/>	Obra Social <input type="checkbox"/>	cobertura Medica Prepaga <input type="checkbox"/>
Tiene alguna discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Certificado Unico de Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Problemas de salud crónicos?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE

1. Trabaja	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cantidad de horas diarias que trabaja: _____
Recibe un pago por su trabajo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Relación de Dependencia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/ informal <input type="checkbox"/>		1. Ingreso mensual: \$ _____
2. ¿Con qué otros ingresos cuenta?	Becas Nacionales ARBEC <input type="checkbox"/>	Progresar <input type="checkbox"/>	
Pension no contributiva <input type="checkbox"/>	Jubilación <input type="checkbox"/>	Plan Social <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
Observaciones:			2. Ingresos: \$ _____

DATOS GENERALES DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE DEL SOLICITANTE

Cantidad de Integrantes del grupo familiar que conviven en la misma casa: _____			
FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 1			
Apellido y Nombre: _____			
Parentesco :	Edad: _____	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
			Ingresos \$ _____
FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 2			
Apellido y Nombre: _____			
Parentesco :	Edad: _____	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
			Ingresos \$ _____
FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 3			
Apellido y Nombre: _____			
Parentesco :	Edad: _____	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
			Ingresos \$ _____
FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 4			
Apellido y Nombre: _____			
Parentesco :	Edad: _____	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
			Ingresos \$ _____
FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 5			
Apellido y Nombre: _____			
Parentesco :	Edad: _____	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
			Ingresos \$ _____

FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 6			
Apellido y Nombre:			
Parentesco :	Edad:	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia <input type="checkbox"/>	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal <input type="checkbox"/>	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
Ingresos \$ _____			

FAMILIAR CONVIVIENTE Nº 7			
Apellido y Nombre:			
Parentesco :	Edad:	Discapacidad SI / NO	Pension no contributiva <input type="checkbox"/>
Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Relacion de dependencia <input type="checkbox"/>	Plan Social <input type="checkbox"/>	
Monotributo <input type="checkbox"/>	Changas/informal <input type="checkbox"/>	Jubilación <input type="checkbox"/>	Asignacion Universal por Hijo <input type="checkbox"/>
Ingresos \$ _____			

DATOS ECONÓMICOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE - EGRESOS			
Servicio que cuenta	Importe mensual	Otros Gastos FIJOS	Importe mensual que paga
AGUA: corriente / de pozo / de red	\$	Impuesto Municipal / Inmob	\$
GAS: envasado /de red	\$	Transporte Publico	\$
CLOACAS / Pozo ciego	\$	Cuota de Colegio Privado	\$
LUZ eléctrica	\$	Prestamo Hipotecario	\$
TELEFONO: fijo /celular	\$	Alquiler con las expensas	\$
INTERNET/ cable	\$	TOTAL EGRESOS del Grupo familiar	\$

DATOS DE LA VIVIENDA DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE (marcar con un X lo que corresponda)

Tipo de Vivienda:	Casa de material <input type="checkbox"/>	departamento <input type="checkbox"/>	prefabricada <input type="checkbox"/>	casilla <input type="checkbox"/>
Tipo de Locación:	Propietario <input type="checkbox"/>	Alquiler <input type="checkbox"/>	Vivienda cedida o prestada <input type="checkbox"/>	
	Propietario con deuda hipotecaria <input type="checkbox"/>	Terreno Fiscal <input type="checkbox"/>	Vivienda en terreno compartido <input type="checkbox"/>	

Observaciones:

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERACES Y EXACTOS Y ME NOTIFICO QUE CUALQUIER FALSEDAD, OCULTAMIENTO U OMISION SERA MOTIVO SUFICIENTE PARA EL RECHAZO DE LA PRESENTE SOLICITUD Y LAS SANCIONES DISCIPLINARIAS QUE CORRESPONDAN, RECONOCIENDO Y ACEPTANDO TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO DE BECAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE JOSÉ C PAZ.

 Firma del Solicitante y aclaración