# INSTITUTO GUSTAVO A. BECQUER A-1215

**FORMULARIO PARA SOLICITUD Y EVALUACION DE OTORGAMIENTO BECA CICLO LECTIVO 2025 FECHA DE ENTREGA: 25 DE OCTUBRE EN SOBRE CERRADO, SIN EXCEPCION.**

Nombre del alumno/a:

Domicilio:

Teléfono:

Grado / Año:

**EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARACTER DE DECLARACION JURADA, DEBIENDO SER**

# COMPLETADO SIN OMITIR NI FALSEAR NINGUN DATO.

Por la presente solicito, por encontrarme imposibilitado/a de abonar la totalidad de la cuota establecida en el régimen arancelario anual, una rebaja del importe total de la mensualidad. Asimismo, tomo conocimiento que debo abonar íntegramente el arancel de la Matricula anual.

* **DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES:**
* **RESPONSABLE I (PADRE/MADRE):**

\*Apellido/s y Nombre/s:

\*CUIL:

\*Tipo y Nº de Documento:

\*Domicilio:

\*Localidad:

\*Provincia:

\*Código Postal:

\*Teléfono:

\*Correo Electrónico:

\*Estado Civil:

* **RESPONSABLE II (PADRE/MADRE):**

\*Apellido/s y Nombre/s:

\*CUIL:

\*Tipo y Nº de Documento:

\*Domicilio:

\*Localidad:

\*Provincia:

\*Código Postal:

\*Teléfono:

\*Correo Electrónico:

\*Estado Civil:

* **GRUPO FAMILIAR**

¿Quiénes integran el grupo familiar, **que vivan en el domicilio declarado**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | edad | parentesco | Discapacidad /Pensionado/Invalidez Otra observación |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **SITUACIÓN LABORAL/PREVISIONAL**

**• RESPONSABLE I:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **DETALLE** |
| Trabajador en Relación de Dependencia |  |  |  |
| Ingreso mensual promedio | **$:** | | |
| Beneficiario de la Asignación Universal |  |  |  |
| Beneficiario de la Prestación  por Desempleo |  |  |  |
| Otros ingresos, beneficios, plan de asistencia o ayuda social ,etc. |  |  |  |

**• RESPONSABLE II:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **DETALLE** |
| Trabajador en Relación de Dependencia |  |  |  |
| Ingreso mensual promedio | **$:** | | |
| Beneficiario de la Asignación Universal |  |  |  |
| Beneficiario de la Prestación  por Desempleo |  |  |  |
| Otros ingresos, beneficios, plan de asistencia o ayuda social ,etc |  |  |  |

* **OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE TRABAJAN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parentesco | Trabajador en Relación de Dependencia  SI / NO | Ingreso mensual promedio  $ | Beneficiario de la Asignación Universal  SI / NO | Beneficiario de la Prestación por Desempleo  SI / NO | Otros ingresos, beneficios, plan de asistencia o ayuda social, etc |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

• En el caso de haber algún **integrante desocupado** ¿este busca trabajo?

¿Se encuentra percibiendo él seguro de desempleo? Adjunta constancia de desempleo.

* **CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

Tenencia

|  |  |
| --- | --- |
| Propietario |  |
| Inquilino |  |
| Préstamo / Cesión |  |
| Ocupante de hecho |  |
| Otros |  |

Tipo de vivienda

|  |  |
| --- | --- |
| Casa |  |
| Departamento |  |
| Pieza en inquilinato / Pensión |  |
| Otro |  |

* **COBERTURA DE SALUD**

\*Obra Social: SI No Permanente / Temporaria

\*Medicina Prepaga:

\*Red Pública (Centro de salud, Hospitales, etc.):

El otorgamiento del arancel preferencial es facultad privativa del establecimiento teniendo en cuenta los siguientes aspectos: identificación institucional del alumno/a y sus responsables, situación académica, antecedentes disciplinarios, cumplimiento de las normas del reglamento del establecimiento, entre otros. Su otorgamiento está supeditado a las posibilidades del Instituto.

Declaramos conocer y aceptar, en todos los términos, las condiciones exigidas para el otorgamiento de Becas.

:

# FIRMA RESPONSABLE I FIRMA RESPONSABLE II

**ACLARACION ACLARACION**

# DNI DNI

**Nota: La situación de la familia sólo será evaluada siempre que, al momento de presentar la declaración jurada no revista deuda. A su vez se informa que el porcentaje a otorgar dependerá de la demanda general.**

**Se advierte que la Institución no otorga bonificaciones por la suma total del arancel, teniendo que abonar así los siguientes ítems por completo: Seguro escolar (mensualmente), Emergencia medica (mensualmente), Cuota de mantenimiento (mensualmente),Matricula (cuando corresponda), Material Didáctico (cuando corresponda) y convivencias y/o campamentos (cuando corresponda), como así también otras actividades que disponga la dirección pedagógica.**

# DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR A LA PRESENTE (según corresponda):

**EN TODOS LOS CASOS:**

# DNI del grupo familiar

* **Fotocopia de recibos de sueldo de los integrantes del grupo familiar que trabajan**

# Fotocopia cuit-cuil de los adultos del grupo familiar

* **Fotocopia de algún servicio a nombre de alguno de los solicitantes**

# SEGÚN CORRESPONDA

* Constancia de monotributo en caso de ser contribuyente
* Telegrama de despido
* Constancia de seguro de desempleo.
* Constancia de pago de créditos y / o hipotecas
* Contrato de alquiler
* Constancia de jubilación, pensión, asignación familiar u otro plan social.
* Certificado de discapacidad
* Si posee alguna enfermedad crónica que requiera de tratamiento adjuntar constancia.
* Comprobante de medicación crónica
* Comprobantes de causas legales
* Obra social prepaga (adjuntar comprobante)
* Otros gastos que tuviera, declarar y adjuntar.
* Si cursa estudios terciarios o universitarios, presentar constancia de alumno regular.

***Les informamos que recibirán un email entre el 22/11/2024 y 20/12/2024 donde se le notificará fecha en la que deberá asistir para notificarse sobre la resolución de Beca y firmar la correspondiente documentación. En caso de no asistir en la fecha informada la Beca será anulada.***