

AREA DE BIENESTAR ESTUDIANTIL - SOLICITUD DE AYUDA ECONOMICA - Declaración jurada.

Carrera:..... Matrícula: Año que cursa:

Tipo de Solicitud:	<i>Indique el porcentaje que solicita sobre el valor de la cuota según el siguiente detalle:</i>		
	10%	25%	40%
	15%	30%	45%
	20%	35%	50%

Becas Solicitadas en Años Anteriores						
	Año	Tipo	Denegada	Otorgada	Descuento solicitado	

1 - Datos Personales

Apellido y Nombre: DNI:

Fecha de Nacimiento: Lugar:

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a
 Separado/a Divorciado/a Unido/a de hecho

2 - Domicilio Real

Calle:..... Nº:..... Piso:..... Dto:.....

Localidad:..... CP:..... Pcia:.....

Teléfono:..... E-mail:.....

2-a	Tipo de Vivienda		
	Vivienda propia	Prestada Alquilada	Ocupada en relación de dependencia
	Superficie	Terreno:..... m2	Cubierta: m2
	Departamento	Casa de Material	Otra:

3-	Domicilio durante el período lectivo (Completar solo si difiere del domicilio real)
	Calle:..... Nº:..... Piso:..... Dto:..... Localidad:..... CP:..... Pcia:..... Teléfono:..... E-mail:.....

3-b	Tipo de Vivienda		
	Vivienda propia	Prestada Alquilada	Ocupada en relación de dependencia
	Superficie	Terreno:..... m2	Cubierta: m2
	Departamento	Casa de Material	Otra:

4-	Indique días y horarios en los que pueda ser visitado por un Servicio de Asistente Social (se solicita precisión en la definición de días y horarios, ya que la profesional con frecuencia se presenta sin establecer previo contacto)	
	Días:	Horarios:.....

Indique el nombre de las calles que delimitan su vivienda
--

	VIVIENDA	

6 - Pasantías
Ha realizado alguna pasantía: Sí..... No.....
Lugar:..... Desde:...../...../..... Hasta:...../...../... Remuneración: \$.....
Lugar:..... Desde:...../...../..... Hasta:...../...../... Remuneración: \$.....

5 - Situación Familiar
Cantidad de hijos del postulante:..... Padre Vive: Sí No Madre Vive: Sí No
Padre y Madre conviven: Sí No

7 - Postulante y Grupo Familiar Conviviente						
	Apellido y Nombre	Vínculo	Edad	Nivel de Instrucción (*)	Tipo de Cobertura Médica	
					Obra Social	Medicina Prepaga

(*)Primario–Secundario-Terciario-Universitario-Posgrado.

8- Hermanos / Cónyuge / Hijos en la Institución				
Matrícula	Carrera	Año	Solicitó Beca	Tipo de Descuento

9 - Ocupación y nivel de ingresos del Postulante y Grupo Familiar Conviviente		
Vínculo	Ocupación	Ingreso (\$)

Información adicional que el postulante quiera consignar:	
..... Firma Aclaración

UCAECE (Completa la Universidad).

Observaciones:

Asistente social (Completa la Asistente social).

Observaciones: