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

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

Tipo de Solicitud:	***Indique el porcentaje que solicita sobre el valor de la cuota según el siguiente detalle:***		
	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: