



FICHA SOCIO-ECONÓMICA

INFORMACIÓN PARA APLICACIÓN DE BECA

1. Datos de identificación del estudiante:

Apellidos y Nombres del estudiante:

Grado / Curso: EGB: BGU: Paralelo: Tutor:

Lugar y fecha de nacimiento: N° cédula:

Dirección domiciliaria: calle principal: N.º

Calle secundaria: Sector:

Telf. Convencional: Celular: Email:

Representante legal: N° cédula: Parentesco:

Telf. Convencional: Celular: Email:

2. Grupo Familiar (detallar todos los integrantes del grupo familiar)

Apellidos / Nombres	Cédula	Parentesco	Estado civil	Edad	Instrucción Profesión Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfono	Ingresos

Situación económica general: Muy buena: Buena: Regular: Mala:

2.1. Situación de salud del Grupo Familiar:

¿Existe algún problema de salud grave en el grupo familiar? SÍ NO

PROBLEMA	PERSONA QUE LO PADECE

3. PADRES

Casados: ☐ Unión de hecho: ☐ Juntos: ☐ Separados: ☐ Divorciados: ☐ Fallecidos: ☐

En caso de fallecimiento, especificar nombre y parentesco:

En caso de encontrarse fuera del país: especificar nombre y parentesco:

El/la estudiante vive con:

Padre / Madre: ☐ Madre: ☐ Padre: ☐ Otros: ☐ Nombres y parentesco:

4. CONDICIONES DE VIVIENDA

Propia: ☐ Arrendada: ☐ Prestada: ☐ Con préstamo: ☐
Compartida: ☐ Departamento: ☐ Cuarto: ☐ Casa: ☐

Tipo de construcción: Madera: ☐ Cemento: ☐ Mixta: ☐

N° de piezas: Dormitorios: ☐ Baños: ☐ Sala: ☐ Cocina: ☐ Patio: ☐ Garaje: ☐

Servicios básicos: Luz eléctrica: ☐ Agua potable: ☐ SSHH: ☐ Pozo séptico: ☐ Teléfono: ☐
Cable: ☐ Celular: ☐ Computador: ☐ Internet: ☐

5. DATOS DE ESCOLARIDAD DEL ESTUDIANTE

En el caso de haber repetido un grado o curso, indique el año:

Motivo:

6. CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Tiene algún tipo de Enfermedad: NO ☐ SÍ ☐ ¿Cuál?

Tiene alergias: NO ☐ SÍ ☐ ¿Cuál?

Recibe tratamientos médicos: NO ☐ SÍ ☐ ¿Cuál y dónde?

Medicamentos que utiliza:

Discapacidad: NO ☐ SÍ ☐ ¿Cuál?

N° Carnet CONADIS: Tipo de Sangre:

7. DATOS ECONÓMICOS

¿Quién cubre los gastos del/la estudiante?

Padre y madre: ☐ Solo padre: ☐ Solo madre: ☐ Cónyuge: ☐ Otros: ☐ ¿Cuáles?

7.1. PROPIEDADES INMOBILIARIAS Y VARIOS (no incluir la vivienda que utiliza el grupo familiar)

N.º de propiedades extras: → Valor económico total: \$
N.º de vehículos familiares: → Valor económico total: \$

7.2. RESUMEN DE GASTOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR

GASTOS MENSUALES		VALOR
VIVIENDA (arriendo, cuota préstamo hipotecario).		\$
ALIMENTACIÓN (compras de mercado, supermercado, colaciones, refrigerios, comidas afuera, viandas).		\$
EDUCACIÓN de los miembros del grupo familiar (pensiones de guardería, primaria, secundaria, universidades, uniformes, útiles, libros, copias).		\$
TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN (buses, taxis, combustible, mantenimiento de vehículo, etc.)		\$
SALUD (medicina diaria, pago de asilos, servicio de enfermeras privadas, seguro médico, útiles de aseo).		\$
PAGO DE SERVICIOS (agua, energía eléctrica, teléfono, internet, TV cable).		\$
OTROS GASTOS (préstamos, pensiones judiciales, tarjetas de crédito).		\$
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL GASTOS \$

Declaro bajo mi responsabilidad que la información proporcionada a la Unidad Educativa _____, corresponde a nuestra realidad socio-económica. Autorizo a la Unidad Educativa a solicitar la documentación que considere oportuna para verificar los datos que declaró en el presente documento; y soy consciente de que, en el caso de verificarse que la entrega de información es errada o alterada, todo el proceso será anulado y, la solicitud negada.

Representante legal

Firma:

Nombre:

cédula:

Fecha:

Espacio para uso interno de la Institución Educativa.

Resultados

Observaciones:

Fecha:

Aprobado:

Porcentaje
Beca:

No aprobado:

Firma de
responsabilidad

Firma:

Nombre:

Cargo: