**INFORME SOCIAL**

**BECA IMEPCH**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  | **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Teléfonos (al menos 2)** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Tramo RSH % (CARTOLA)** |  | **Ingreso mensual del alumno** |  |
| **Estado Civil** |  | **Escolaridad** |  |
| **Actividad**  |  |
| **Previsión de salud** |  |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR** (quienes comparten presupuesto de alimentación)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **A. paterno** | **A. materno** | **Rut** | **Edad** | **Estado Civil** | **Parentesco** | **Actividad** | **Ingresos** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total Ingresos mensuales Familiares $** |  |
| **Ingreso mensual Per Cápita $** |  |

1. **SITUACIÓN SOCIAL** (Destaque si procediere, situaciones de vulnerabilidad y/o riesgo social) familia disfuncional, presencia de discapacitados, adultos mayores, hermanos que estudian dentro o fuera de la comuna, trastorno de salud mental, VIF, nivel de endeudamiento, etc.)

|  |
| --- |
|  |

1. **SITUACIÓN DE SALUD** (destaque si procediere, antecedentes de salud relevantes como invalidez, discapacidad, enfermedades crónicas o catastróficas. De existir, menciones si están en control y sistema de protección en salud empleado)

|  |
| --- |
|  |

1. **SITUACIÓN HABITACIONAL** (Marque según corresponda)

**Casa: \_\_ Depto. \_\_ Mediagua: \_\_\_ Pieza: \_\_\_ Rancho choza ruca: \_\_\_\_**

**Propia: \_\_\_ Arrendada: \_\_\_ Cedida: \_\_\_ Ocupación irregular: \_\_\_ Allegados: \_\_\_**

**Buen estado: \_\_\_ Regular estado: \_\_\_ Mal estado: \_\_\_ Inhabitable: \_\_\_**

**Energía eléctrica: \_\_\_ Agua potable: \_\_\_ Alcantarillado: \_\_\_ Gas de cañería: \_\_\_**

**Observaciones:**

1. **PETICIÓN:**

|  |
| --- |
| **BECA IGLESIA METODISTA PENTECOSTAL DE CHILE**  |

1. **SÍNTESIS Y OPINIÓN PROFESIONAL**

|  |
| --- |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma y Timbre Asistente Social**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Asistente Social** |  |
| **Cargo** |  |
| **Servicio o Institución** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Fecha Elaboración Informe** |  |