2019

RENOVACIÓN

Ayuda Escolar para la Educación
Becas Complementarias

LA INFORMACIÓN DE ESTA TAPA SERÁ COMPLETADA POR LA ESCUELA AL MOMENTO DE SER FIRMADA POR EL DIRECTOR

EL ALUMNO/A ASPIRANTE

Nombre y apellido del alumno _____

DNI |_|_|_|_|_|_|_|_|

¿Concurre al mismo Establecimiento Escolar que en el año 2017?

Si ☐ *No* ☐

Datos del establecimiento educativo al que se inscribe o asiste el alumno

CUE |_|_|_|_|_|_|_|_| **Anexo** |_|_|_|

Nombre _____

Firma del Director
Sello del Director / Sello del Establecimiento

Se encuentra con Medidas de Protección de Derechos y/o en Conflicto con la Ley Penal
(adjuntar la constancia al formulario)

Si ☐ *No* ☐

Es miembro de un Pueblo Originario *Si* ☐ *No* ☐

Comunidad / Pueblo _____

Firma y aclaración del Jefe de la comunidad o representante

Percibe la Asignación Universal por Hijo *Si* ☐ *No* ☐

¿En qué grado o año escolar se inscribe o se encuentra el/la alumno/a?

Educación inicial *Jardín maternal* ☐ *Sala de 3* ☐ *Sala de 4* ☐ *Sala de 5* ☐

Educación Primaria o equivalente *1°* ☐ *2°* ☐ *3°* ☐ *4°* ☐ *5°* ☐ *6°* ☐ *7°* ☐

Educación Secundaria o equivalente *1°* ☐ *2°* ☐ *3°* ☐ *4°* ☐ *5°* ☐ *6°* ☐ *7°* ☐

Otra oferta educativa (Esc. Especiales, Educ. Adultos) ☐

Firma y aclaración del Referente Socioeducativo o Coordinador de Becas Provincial

DATOS DEL ALUMNO

DATOS PERSONALES

Adjuntar copia DNI

Domicilio: Igual al del responsable de cobro *Si* ☐ *No* ☐ *(complete los datos)* _____

_____

Localidad _____ **C.P.** _____

Departamento/Partido _____

Provincia _____ **Nacionalidad** _____

Teléfono (____ **)** ____ *(0000) 1111-1111*

Teléfono alternativo (____ **)** ____ *(0000) 1111-1111*

Teléfono celular (____ **) 15 -** ____ *(0000) 1111-1111*

Fecha de nacimiento ____/____/____ *(dd/mm/aaaa)* **Sexo** *F* ☐ *M* ☐

INGRESOS

¿Cuál fue el ingreso mensual promedio del último año del grupo conviviente? (no incluye planes sociales)

$ ____

¿Cuenta el grupo conviviente con algún plan de asistencia o ayuda social?

Si ☐ *¿Cuál?* _____

¿Qué monto recibe mensualmente? $ ____

No ☐

VIVIENDA

¿Cambió de vivienda respecto de 2017? *Si* ☐ *No* ☐

En caso afirmativo, las condiciones de esta nueva vivienda respecto a la anterior (materiales, estado general, etc) es (marque lo que corresponda):

Mejor ☐ *Igual* ☐ *Peor* ☐

CONDICIONES PERSONALES DEL ALUMNO

La alumna se encuentra embarazada *Si* ☐ *No* ☐

El/la alumno/a: ¿Padece una enfermedad crónica que requiera atención permanente? *Si* ☐ *No* ☐

¿Tiene alguna discapacidad permanente que requiera atención especial? *Si* ☐ *No* ☐

Es jefe/a de hogar *Si* ☐ *No* ☐

Tiene otra beca educativa de carácter similar *Si* ☐ *No* ☐

Tiene a cargo tareas domésticas, cuidado de hermanos y/o personas mayores *Si* ☐ *No* ☐

SITUACIÓN OCUPACIONAL

El / la aspirante trabaja ☐ *Horas de trabajo semanal promedio* ___

No trabaja ☐

COBERTURA DE SALUD

¿Cuál es la cobertura de salud del/la aspirante?

Obra social *Permanente* ☐ *Temporaria* ☐

Medicina prepaga ☐

Red pública (hospitales públicos, centros de salud, etc.) ☐

HIJOS/AS

¿El/la aspirante tiene hijos/as? *No* ☐ *Si* ☐ *Cantidad de hijos/as* ___

¿Están a su cuidado? *No* ☐ *Si* ☐ *Cantidad de hijos/as a su cuidado* ___

ACCESIBILIDAD AL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

¿A qué distancia del hogar se encuentra el establecimiento educativo del aspirante?

Entre una y diez cuadras ☐

Más de diez cuadras y hasta 3 km ☐

Más de 3 km y hasta 6 km ☐

Más de 6 km ☐

¿Cuenta con transporte público para llegar al establecimiento educativo? *No* ☐ *Si* ☐

Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿A qué distancia del hogar se encuentra el transporte público?

Entre una y diez cuadras ☐

Más de diez cuadras y hasta 3 km ☐

Más de 3 km y hasta 6 km ☐

Más de 6 km ☐

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE SE INSCRIBE O ASISTE EL ALUMNO

Dirección _____ **Localidad** _____

Departamento/Partido _____ **Provincia** _____

Teléfono (____ **)** ____ *(0000) 1111-1111*

Teléfono alternativo (____ **)** ____ *(0000) 1111-1111*

Correo electrónico _____

EDUCACIÓN

Antecedentes Educativos

Último Grado/Año cursado ____

Nivel

Inicial ☐ *Primario (o equivalente)* ☐ *Secundario (o equivalente)* ☐

Otra Oferta Educativ (Esc. Especiales, Educ. Adultos) ☐

Lo aprobó ☐ *Terminó el año pero no lo aprobó* ☐ *No terminó el año y dejó la escuela* ☐

Indique el año en que cursó el último Grado/Año ____

¿Este año se inscribe o inscribió como repitente? *Si* ☐ *No* ☐

DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE

DATOS PERSONALES

Apellido/s _____

Nombre/s _____

DNI Nº |__|__|__|__|__|__|__|__| *(adjuntar copia)*

Domicilio _____

Localidad _____ **C.P.** _____

Departamento/Partido _____

Provincia _____ **Nacionalidad** _____

País de Nacimiento _____

Teléfono (|__|__|__|__| **)** |__|__|__|__|__|__|__|__| *(0000) 1111-1111*

Teléfono alternativo (|__|__|__|__| **)** |__|__|__|__|__|__|__|__| *(0000) 1111-1111*

Teléfono celular (|__|__|__|__| **) 15 -** |__|__|__|__|__|__|__|__| *(0000) 1111-1111*

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ *(dd/mm/aaaa)* **Sexo** *F* ☐ *M* ☐

Nº de CUIT o CUIL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Correo electrónico |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Vínculo del adulto responsable con el/la alumno/a

Padre/Madre ☐ *Tutor* ☐ *Otro* ☐ *¿Cuál?* _____

La información consignada precedentemente tiene carácter de declaración jurada

_____ Lugar y fecha

_____ Firma y aclaración del Adulto responsable

Firma de Actas Complementarias

A continuación se presentan tres actas para completar según corresponda en cada caso. Las mismas constituyen documentación complementaria al formulario de Becas. Las dos primeras serán escaneadas y adjuntadas en el momento de la carga en el sistema de Becas.
Completar en letra imprenta legible.

ACTA DE COMPROMISO ADULTO RESPONSABLE

Para ser utilizada en los casos en que el Adulto Responsable de Cobro no es la Madre/Padre del alumno.
En esos casos se requerirá que el adulto Encargado o Tutor firme el acta, mediante la cual se compromete a cobrar la beca y utilizar los fondos para los gastos educativos del alumno. Se completa al momento de llenar el formulario.

ACTA DE COMPROMISO RESPONSABLE INSTITUCIONAL

Para ser utilizada en la línea *Apoyo para la escolaridad de Alumnos con Medidas de Protección de Derechos y/o en conflicto con la Ley Penal,* cuando el alumno está en una institución penal o de residencia (Hogar), y una autoridad / empleado, es el responsable de cobro.
En esos casos se requerirá que el Adulto Responsable firme y selle el acta, mediante la cual se compromete a cobrar la beca y utilizar los fondos para los gastos educativos del alumno. Se completa al momento de llenar el formulario. Podrá tener hasta un total de 15 alumnos a cargo para el cobro de la Beca.

ACTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GASTOS

Para ser utilizados en la línea *Apoyo para la escolaridad de Alumnos con Medidas de Protección de Derechos y/o en conflicto con la Ley Penal,* cuando el alumno está en una institución penal o de residencia (Hogar), y una autoridad / representante, es el responsable de cobro.
Luego del cobro de la Beca, el Adulto Responsable completará el acta informado la utilización del importe recibido y la remitirá a la Coordinación Provincial de Becas.
Las actas deberán estar archivadas en la Coordinación Provincial. Se enviarán copias escaneadas a la Coordinación Nacional.

Ayuda Escolar para la Educación
Becas Complementarias

ACTA DE COMPROMISO ADULTO RESPONSABLE

A los _____ días del mes de _____ del año 20 _____

el Sr/a _____

en su carácter de : Tutor / Encargado *(tachar lo que no corresponda)* **acuerda la recepción del aporte financiero correspondiente a: "Becas para Alumnos con Medidas de Protección de Derechos y/o en Conflicto con la Ley Penal" / "Becas de Inclusión para Alumnos de Pueblos Originarios"** *(tachar lo que no corresponda)* **solicitado para el alumno**

_____,

DNI N° _____que asiste a la Escuela _____

_____ N°_____

con Domicilio en _____

Localidad: _____ Provincia : _____

El presente compromiso implica que:

a. **El adulto responsable del alumno, se compromete a hacer uso del aporte para solventar gastos de la escolaridad del beneficiario ya sea material didáctico (Cuadernos, carpetas, hojas, lápices, reglas, etc.) y/o transporte hacia y desde la escuela.**

b. **Reconoce que el acta compromiso que suscribe implica un acto de confianza de parte del ESTADO NACIONAL, PROVINCIAL y de la propia Institución, que decidió incluir al alumno en la línea de acción conocida como "Ayuda Escolar para la Educación - Becas Complementarias", basado en la buena fe de quien lo recibe, dando de esta forma valor a la palabra.**

_____

Firma, aclaración y DNI del responsable del alumno
(Tutor/Encargado)

Apoyo para la escolaridad de Alumnos con Medidas de Protección de Derechos y/o en conflicto con la Ley Penal

ACTA DE COMPROMISO RESPONSABLE INSTITUCIONAL DEL COBRO DE LA BECA

A los _____ días del mes de _____ del año 20 _____el

Sr/a _____

con el cargo de _____ en la Institución: _____

_____

Domicilio _____ de

la localidad de _____Provincia _____

acuerda la recepción del aporte financiero de $_____ -, correspondiente a

Becas para Alumnos con Medidas de Protección de Derechos y/o en Conflicto con la Ley Penal

solicitado para el alumno _____

_____ , DNI Nº: _____ que asiste a la

Escuela _____ Nº_____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

El presente compromiso implica que:

a. **El adulto responsable del alumno ó el alumno mismo (en caso de ser mayor de edad) se compromete a hacer uso del aporte para solventar gastos de la escolaridad del beneficiario ya sea material didáctico (Cuadernos, carpetas, hojas, lápices, reglas, etc.) y/o transporte hacia y desde la escuela.**

b. **Reconoce que el acta compromiso que suscribe implica un acto de confianza de parte del ESTADO NACIONAL, PROVINCIAL y de la propia Institución, que decidió incluir al alumno en la línea de acción conocida como "Ayuda Escolar para la Educación - Becas Complementarias", basado en la buena fe de quien lo recibe, dando de esta forma valor a la palabra.**

_____ Sello

_____ Firma, aclaración y DNI del responsable de la Institución

Ayuda Escolar para la Educación
Becas Complementarias

ACTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GASTOS

Identificación del responsable del establecimiento/ institución: _____

_____

Establecimiento: _____

Nombre y Apellido del Alumno: _____

N° DNI: _____ **Fecha:** _____

DETALLE DE GASTOS	MONTO ($)
TOTAL	

NOTA: Entregar la declaración jurada de gastos al Área de Becas de la jurisdicción

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna

_____

Firma, aclaración y DNI del responsable del establecimiento