

# 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/A

### EL ALUMNO/A ASPIRANTE

Nombre y apellido de el/la alumno/a \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

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

CUE \_\_\_\_\_ Anexo \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma de el/la Director/a  
Sello de el/la Director/a - 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 indígena Si  No

Comunidad / Pueblo \_\_\_\_\_

Firma y aclaración de el/la Jefe/a 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)

¿El alumno solicitó beca el año anterior? Si  No

Firma y aclaración del Referente Provincial  
o Coordinador/a de Becas Provincial

## DATOS DEL ADULTO/A RESPONSABLE

### DATOS PERSONALES

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ (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  Género autopercebido

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Información para Pago en Cuenta Bancaria del Adulto Responsable **Debe adjuntar constancia bancaria del CBU**

N° de CUIT o CUIL \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

CBU \_\_\_\_\_

### DATOS DEL GRUPO CONVIVIENTE (\*)

¿El/La adulto/a responsable forma parte del grupo conviviente? Sí  No

¿Cuántos integrantes tiene el grupo conviviente? \_\_\_\_\_

Agrupe los integrantes por edades

Niños/as (menores de 5 años) \_\_\_\_\_

(desde 5 años y menores de 18 años) \_\_\_\_\_

Adultos (entre 18 y 65 años) \_\_\_\_\_

Mayores (más de 65 años) \_\_\_\_\_

¿Algún integrante del grupo conviviente tiene una discapacidad permanente que requiera atención especial?

Sí  No

(\*) Si ella/la alumno/a reside en un Instituto/ Dispositivo de tratamiento/ Hogar para Niños/ etc.; se coloca 1 en grupo conviviente y se pasa a la pag. 5 "Datos del Alumno/a".

**EDUCACIÓN Y TRABAJO**

Complete la siguiente tabla, incluyendo los adultos y mayores del grupo conviviente. En caso de ser más de cinco, seleccione aquellos adultos y mayores que tienen relación más directa con el/la alumno/a. Siempre que convivan con el/la alumno/a, comience con el padre y la madre.

|  |  | JEFE DE HOGAR                     | 2                           | 3 | 4 | 5 |  |
|--|--|-----------------------------------|-----------------------------|---|---|---|--|
| <b>RELACIÓN CON EL/LA ALUMNO/A (*)</b> |  |                                   |                             |   |   |   |  |
| <b>EDUCACIÓN</b>                       | Sin estudios                           |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Primario o equivalente incompleto      |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Primario o equivalente completo        |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Secundario o equivalente incompleto    |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Secundario o equivalente completo      |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Terciario/universitario incompleto     |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Terciario/universitario completo       |                                   |                             |   |   |   |  |
| <b>EMPLEO</b>                          | <b>SITUACIÓN OCUPACIONAL</b>           | Está desocupado (busca trabajo)   |                             |   |   |   |  |
|  |  | Tiene trabajo                     |                             |   |   |   |  |
|  |  | Es jubilado/pensionado            |                             |   |   |   |  |
|  |  | No trabaja/no busca trabajo       |                             |   |   |   |  |
|  |  | Otro                              |                             |   |   |   |  |
|  | <b>CARGA HORARIA</b>                   | Horas de trabajo semanal promedio |                             |   |   |   |  |
|  |  | <b>ESTABILIDAD DEL EMPLEO</b>     | Trabaja de forma permanente |   |   |   |  |
|  | Realiza trabajos eventuales            |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Tiene un trabajo estacional            |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | Otro                                   |                                   |                             |   |   |   |  |
|  | <b>REGISTRO EN LA SEGURIDAD SOCIAL</b> | Tiene un trabajo registrado       |                             |   |   |   |  |
|  |  | Tiene un trabajo no registrado    |                             |   |   |   |  |

(\*) Consignar la relación con el alumno N° 1. Utilice la siguiente tabla de códigos

| PADRE | MADRE | HERMANO/A | ABUELO/A | OTROS FAMILIARES | NO FAMILIARES |
|-------|-------|-----------|----------|------------------|---------------|
| 1     | 2     | 3         | 4        | 5                | 6             |

**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

**CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA**

Condición de tenencia de la vivienda

Propietario

Inquilino

Otorgada como parte de beneficios laborales

Préstamo / Cesión

Ocupante de hecho

Tipo de vivienda

Casa / Departamento

Casilla / Vivienda precaria

Piezas en inquilinato / Pensión

Otra

Material predominante en la vivienda

Pisos

Cerámica / Baldosas / Mosaico / Mármol / Madera / Alfombrado

Cemento / Ladrillo  Tierra  Otro

Techo (cubierta exterior)

Cubierta asfáltica / Membrana / Machimbre  Baldosa / Losa  Pizarra / Teja

Solo Chapa  Cartón  Caña / Tabla / Paja con barro o sola  Otro

Ubicación de la vivienda

La vivienda está ubicada en

Villa de emergencia / Asentamiento

Barrio o caserío con calles de tierra sin veredas o desagües

Barrio o caserío de vivienda social

Otro

**Ámbito**Zona urbana (localidades de 2.000 y más habitantes) Zona rural concentrada (población agrupada en localidades de menos de 2.000 habitantes) Zona rural dispersa (población dispersa en campo abierto) **Condiciones sanitarias**¿La vivienda tiene agua corriente (con circulación dentro del hogar)? Si  No Tipo de baño Interno  Externo ¿El baño cuenta con inodoro con descarga de agua? Si  No Para el grupo conviviente, la vivienda es: de uso exclusivo  compartida 

¿Cuántas habitaciones o piezas tiene

la vivienda de uso exclusivo del grupo conviviente (sin contar baño y cocina)? **DATOS DEL ALUMNO/A****DATOS PERSONALES**Apellido/s Nombre/s DNI N°  (adjuntar copia)Domicilio: Igual al del responsable de cobro Si  No  (complete los datos) Localidad  C.P. Departamento/Partido Provincia  Nacionalidad Teléfono (  )  (0000) 1111-1111Teléfono alternativo (  )  (0000) 1111-1111Teléfono celular (  ) 15 -  (0000) 1111-1111Fecha de nacimiento  /  /  (dd/mm/aaaa) Sexo F  M  Género autopercebido **Vínculo del adulto responsable con el/la alumno/a**Padre/Madre  Tutor  Otro  ¿Cuál?

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

CUE  Anexo

Nombre

N°

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

Sin contar este año ¿tuvo otras repitencias? Si  No  ¿Cuántas?

¿Abandonó los estudios alguna vez antes de terminar el año? Si  No  ¿Cuántas veces?

**CONDICIONES PERSONALES**

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  Sí  Cantidad de hijos/as

¿Están a su cuidado? No  Sí  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  Sí

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

**La información consignada precedentemente tiene carácter de declaración jurada**

Lugar y fecha

Firma y aclaración de el/la Adulto/a 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/A RESPONSABLE

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

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20 \_\_\_\_\_

el Sr/a \_\_\_\_\_

en su carácter de : Tutor/a / Encargado/a *(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/la alumno/a

\_\_\_\_\_,  
DNI N° \_\_\_\_\_ que asiste a la Escuela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_

con Domicilio en \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

El presente compromiso implica que:

- a. El/La adulto/a 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  
de el/la alumno/a (Tutor/a - Encargado/a)

# 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/la alumno/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, DNI N°: \_\_\_\_\_ que asiste a la

Escuela \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_


Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**El presente compromiso implica que:**

- El/La adulto/a responsable de el/la alumno/a ó el/la alumno/a 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.
- 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 a el/la alumno/a 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 de el/la Alumno/a: \_\_\_\_\_

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

