

2021

NUEVA
SOLICITUD

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/a alumno/a: Haga clic aquí para escribir texto.

DNI: Haga clic para escribir texto.

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

CUE: clic aquí escribir texto.

Anexo: Haga clic para escribir texto.

Nombre: Haga clic aquí para escribir texto.

Firma de el/la Director/a lo de el/la rector/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)

Es miembro de un Pueblo indígena: **Sí** **No**

Comunidad / Pueblo: Haga clic aquí para escribir texto.

Sí **No**

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma y aclaración de el/la Jefe/a de la comunidad o representante

Asignación Universal por Hijo: **Sí** **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? **Sí** **No**

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma y aclaración del Referente - provincial Coordinador/a de Becas Provincial

DATOS DEL ADULTO/A RESPONSABLE

DATOS PERSONALES

Apellido/s Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre/s Haga clic aquí para escribir texto.

DNI N° Haga clic aquí para escribir texto.

(adjuntar copia)

Domicilio Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad Haga clic aquí para escribir texto.

C.P. Haga clic aquí para escribir texto.

Departamento/Partido Haga clic aquí para escribir texto.

Provincia Haga clic aquí para escribir texto.

Nacionalidad Haga clic aquí para escribir texto.

País de Nacimiento Haga clic aquí para escribir

Teléfono Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) 1111-1111

Teléfono alternativo Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) 1111-1111

Teléfono celular Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) -15 -11111

Fecha de nacimiento Haga clic aquí para escribir texto.

(dd/mm/aaaa)

Sexo F M **Género Autopercebido**

Correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto.

Información para Pago en Cuenta Bancaria del Adulto Responsable

Debe adjuntar constancia bancaria del CBU

N° de CUIT o CUIL Haga clic aquí para escribir texto.

Banco Haga clic aquí para escribir texto.

CBU (son 22 dígitos) Haga clic aquí para escribir texto.

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

Tipo de Grupo	Completar con una X
Niños (menores de 5 años)	Haga clic aquí para escribir texto.
Desde 5 años y menores de 18 años	Haga clic aquí para escribir texto.
Adultos (entre 18 y 65 años)	Haga clic aquí para escribir texto.
Mayores (más de 65 años)	Haga clic aquí para escribir texto.

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

Sí No

(*) Si el/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".

EDUCACION 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. Para completar la grilla haga un clic para agregar la información en el casillero que corresponda.

	Jefe de Hogar	2	3	4	5
RELACIÓN CON EL/LA ALUMNO/A (*)	Haga clic aquí para escribir texto.				

| EDUCACIÓN | Sin estudios | Haga clic aquí para escribir texto. |
|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Primario o equivalente incompleto | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | Primario o equivalente completo | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | Secundario o equivalente incompleto | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | Secundario o equivalente completo | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | Terciario/universitario incompleto | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | Terciario/universitario completo | Haga clic aquí para escribir texto. |

| EMPLEO | SITUACIÓN OCUPACIONAL | Está desocupado (busca trabajo) | Haga clic aquí para escribir texto. |
|--------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | Tiene trabajo | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | Es jubilado/pensionado | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | No trabaja/no busca trabajo | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | Otro | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | CARGA HORARIA | Horas de trabajo semanal promedio | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | ESTABILIDAD DEL EMPLEO | Trabaja de forma permanente | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | Realiza trabajos eventuales | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | Tiene un trabajo estacional | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | Otro | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | REGISTRO EN LA SEGURIDAD SOCIAL | Tiene un trabajo registrado | Haga clic aquí para escribir texto. |
| | | Tiene un trabajo no registrado | Haga clic aquí para escribir texto. |

(*) Consignar la relación con el alumno Nº 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)

Pesos: \$ Haga clic aquí para escribir texto.

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

Sí ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Qué monto recibe mensualmente? \$ Haga clic aquí para escribir texto.

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

Pieza/s en inquilinato / Pensión

Otra

Material predominante en la vivienda

Pisos

Cerámica / Baldosas / Mosaico / Mármol / Madera / AlfombradoCemento /

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? Sí No

Para el grupo conviviente, la vivienda es: de uso exclusivo compartida

¿Cuántas habitaciones o piezas tienen la vivienda de uso exclusivo del grupo conviviente (sin contar baño y cocina)? Haga clic aquí para escribir texto.

DATOS DEL ALUMNO/A

DATOS PERSONALES

Apellido/s Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre/s Haga clic aquí para escribir texto.

DNI N° Haga clic aquí para escribir texto.

(adjuntar copia)

Domicilio (Igual al del responsable de cobro)

Si No (complete los datos)

Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad Haga clic aquí para escribir texto.

C.P. Haga clic aquí para escribir texto.

Departamento/Partido Haga clic aquí para escribir texto.

Provincia Haga clic aquí para escribir texto.

Nacionalidad Haga clic aquí para escribir texto.

T

Teléfono Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) 1111-1111

Teléfono alternativo Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) 1111-1111

Teléfono celular Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) -15 -11111

Fecha de nacimiento Haga clic aquí para escribir texto.

(dd/mm/aaaa)

Sexo F M **Género Autopercebido**

Correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto.

Vínculo del adulto responsable con el/la alumno/a

Padre/Madre Tutor Otro ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

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

CUE Haga clic aquí para escribir texto. **Anexo** Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre Haga clic aquí para escribir texto.

N° Haga clic aquí para escribir texto.

Dirección Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad Haga clic aquí para escribir texto.

Departamento/Partido Haga clic aquí para escribir texto.

Provincia Haga clic aquí para escribir texto.

Teléfono Haga clic aquí para escribir texto.

(0000) 1111-1111

Teléfono alternativo Haga clic aquí para escribir texto. (0000) 1111-1111

Correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto.

EDUCACION

Antecedentes Educativos

Último Grado/Año cursado Haga clic aquí para escribir texto.

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 Haga clic aquí para escribir texto.

¿Este año se inscribe o inscribió como repitente? Sí No

Sin contar este año ¿tuvo otras repitencias? Sí No ¿Cuántas? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Abandonó los estudios alguna vez antes de terminar el año? Sí No ¿Cuántas veces? Haga clic aquí para escribir texto.

CONDICIONES PERSONALES

La alumna se encuentra embarazada Sí No

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

¿Tiene alguna discapacidad permanente que requiera atención especial? Sí No

Es jefe/a de hogar Sí No

Tiene otra beca educativa de carácter similar Sí No

Tiene a cargo tareas domésticas, cuidado de hermanos y/o personas mayores Sí No

SITUACION OCUPACIONAL

El / la aspirante trabaja *Horas de trabajo semanal promedio* Haga clic aquí para escribir texto.
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 Sí No *Cantidad de hijos/as* Haga clic aquí para escribir texto.

¿Están a su cuidado? Sí No *Cantidad de hijos/as a su cuidado* Haga clic aquí para escribir texto.

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

Haga clic aquí para escribir texto.

Lugar y fecha

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma y aclaración del/a 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 adjuntas en el momento de la carga en el sistema de Becas.

■ 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 comprueba 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 DECLARACION 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 importerecibido 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 Educaciones Complementarias

ACTA DE COMPROMISO ADULTO/A RESPONSABLE

A los Haga clic aquí para escribir texto. días del mes de Haga clic aquí para escribir texto. del año 20 Haga clic aquí para escribir texto.

el Sr/a Haga clic aquí para escribir texto.

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

Haga clic aquí para escribir texto.

,DNI N° Haga clic aquí para escribir texto. que asiste a la Escuela Haga clic aquí para escribir texto.

N° Haga clic aquí para escribir texto.

con Domicilio en Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad: Haga clic aquí para escribir texto. Provincia : Haga clic aquí para escribir texto.

El presente compromiso implica que:

- 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.
- 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.

Haga clic aquí para escribir texto.

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 **Haga clic aquí para escribir texto.días del mes de**Haga clic aquí para escribir texto.**del año**

20Haga clic aquí para escribir texto.**elSr/a** _Haga clic aquí para escribir texto.

con el cargo deHaga clic aquí para escribir texto.**en la Institución:** _Haga clic aquí para escribir texto.

DomicilioHaga clic aquí para escribir texto.**de la localidad de**Haga clic aquí para escribir texto.

Provincia _Haga clic aquí para escribir texto.

acuerda la recepción del aporte financiero de \$_Haga clic aquí para escribir texto.**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 _Haga clic aquí para escribir texto.

_Haga clic aquí para escribir texto.**DNI N°:**Haga clic aquí para escribir texto.**que asiste a la**

EscuelaHaga clic aquí para escribir texto.**N°**_Haga clic aquí para escribir texto.

Domicilio: _Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad:Haga clic aquí para escribir texto.**Provincia:** _Haga clic aquí para escribir texto.

El presente compromiso implica que:

- El/La adulto/a responsable de el/la alumno/a o 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 ES- TADO NACIONAL, PROVINCIAL y de la propia Institución, que decidió incluir a el/la alum-no/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.

Haga clic aquí para escribir texto.

Sello

Firma, aclaración y DNI del responsable de la Institución

Ayuda Escolar para la Educación Becas Complementarias

ACTA DE DECLARACION JURADA DE GASTOS

Identificación del responsable del establecimiento/institución: [_Haga clic aquí para escribir texto.](#)

Establecimiento: [Haga clic aquí para escribir texto.](#)

Nombre y Apellido de el/la Alumno/a: [_Haga clic aquí para escribir texto.](#)

N° DNI: [Haga clic aquí para escribir texto.](#) **Fecha:** [_Haga clic aquí para escribir texto.](#)



DETALLE DE GASTOS	MONTO (\$)
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
TOTAL	Haga clic aquí para escribir texto.

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna

[Haga clic aquí para escribir texto.](#)

[Firma, aclaración y DNI del responsable del establecimiento](#)

