

DATOS DE VIVIENDA

TIPO VIVIENDA (*)

CASA () DEPARTAMENTO () CUARTO () OTRO ()

VIVIENDA (*)

- a) PROPIA () SI ES PROPIA ¿TIENE INQUILINOS? **SI** () **NO** () ¿CUANTOS INQUILINOS TIENE? _____
- b) ARRENDADA () VALOR DE ARRIENDO: \$ _____
- c) CEDIDA () ¿POR QUIÉN?: _____

NÚMERO DE DORMITORIOS (*) _____

SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA

AGUA POTABLE () ALCANTARILLADO () ENERGÍA ELÉCTRICA () TELÉFONO ()
INTERNET () T.V PAGADA ()

REDES SOCIALES

FACEBOOK (*): _____ TWITTER: _____

INSTAGRAM (*): _____

3. DATOS ACÁDEMICOS:

ESTUDIOS SECUNDARIOS

PROVINCIA (*): _____ CANTÓN (*): _____

TIPO (*): FISCAL () PARTICULAR () FISCOMISIONAL () EXTRANJERO () OTRO ()

COLEGIO EN QUE SE GRADUÓ (*): _____

TÍTULO DE BACHILLER OBTENIDO (*): _____

NOTA DE GRADUACIÓN (*): _____ AÑO DE GRADUACIÓN (*): _____

ESTUDIOS SUPERIORES

¿HA INICIADO ESTUDIOS SUPERIORES EN OTRA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR (IES)? (*) **SI** () **NO** ()

INDIQUE LA IES (SI CONTESTO SI) _____

TIENE DOMINIO DEL INGLÉS QUE PUEDA CERTIFICAR (*): **SI** () **NO** ()

CARRERA DE INTERÉS (1RA OPCIÓN) (*) _____

CARRERA DE INTERÉS (2DA OPCIÓN) (*) _____

4. DATOS REFERENCIAS:

NOMBRES Y APELLIDOS(*)	PARENTESCO (FAMILIAR, VECINO, AMIGO) (*)	TÉLEFONO DOMICILIO (*)	TELÉFONO CELULAR(*)
1.			
2.			
3.			

5. DOCUMENTACIÓN

- Cédula de identidad que acredite nacionalidad ecuatoriana y papeleta de votación. (requisito de papeleta de votación: debe ser condicionante para los jóvenes menores de 18 años, discapacitados es facultativo). Los beneficiarios serán sólo del cantón GUAYAQUIL.) (*)
- Título de bachiller (*)
- Acta de grado (legible) (*)
- Foto tamaño carné (con fondo de color blanco, vestimenta semiformal, sin lentes, sin gafas, sin gorra. - no selfie) (*)
- Planilla de servicio básico (los postulantes deben anexar planilla de servicios básicos en la que se muestre dirección domiciliaria que registró en el formulario (de preferencia servicio de energía eléctrica) (*)
- **(En caso de indicar discapacidad)**, debe adjuntar el carné del CONADIS (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades), en donde se visualice el porcentaje que registró en el formulario.

DATOS FAMILIARES

REFERENCIAS DE FAMILIAR:

TELF. DOMICILIO DEL FAMILIAR 1(*). _____ PARENTESCO 1(*). _____

TELF. DOMICILIO DEL FAMILIAR 2(*). _____ PARENTESCO 2(*). _____

¿QUIÉN CUBRE LOS GASTOS DEL ESTUDIANTE? (*)

PADRE () MADRE () PADRE Y MADRE() CÓNYUGE () MEDIOS PROPIOS () OTROS FAMILIARES ()

OTROS, EXPLIQUE: _____

SITUACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR:

¿EXISTE ALGUNA PERSONA EN EL GRUPO FAMILIAR CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS? (QUE DEPENDA ECONÓMICAMENTE DEL POSTULANTE Y QUE VIVA EN LA MISMA CASA). (*) SI () NO ()

CÁNCER () VIH SIDA () DISCAPACIDAD ()

TIPO DE DISCAPACIDAD: _____

¿QUIÉN LO PADECE? (PARENTESCO) _____

SITUACIÓN CONVIVENCIA (PERSONAS CON QUIENES VIVE EL ESTUDIANTE).

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE	NIVEL DE INSTRUCCIÓN TERMINADO	NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO DONDE ESTUDIA	NOMBRE DE LA EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA
¿CUÁNTAS PERSONAS APORTAN A LA ECONOMÍA DEL HOGAR? (*) _____						

RESUMEN MENSUAL DE INGRESOS Y EGRESOS FAMILIARES:

INGRESO MENSUAL	VALOR	EGRESO MENSUAL	VALOR
DEL ESTUDIANTE (*)	\$	VIVIENDA (ARRIENDO, CUOTA, PRÉSTAMO HIPOTECARIO) (*)	\$
DEL CÓNYUGE (*)	\$	ALIMENTACIÓN (COMPRAS DE MERCADO, REFRIGERIOS, SUPERMERCADO, COMIDAS AFUERA) (*)	\$
DEL PADRE (*)	\$	EDUCACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (PENSIONES DE GUARDERÍA, PRIMARIA, SECUNDARIA, UNIVERSIDAD, UNIFORME, ÚTILES, LIBROS, COPIAS) (*)	\$
DE LA MADRE (*)	\$	TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN (BUSES, TAXI, GASOLINA, MANTENIMIENTO DE VEHÍCULO PROPIO) (*)	\$
DE OTROS FAMILIARES (*)	\$	SALUD (MEDICINA DIARIA, PAGO DE ASILOS, SERVICIO DE ENFERMERAS PRIVADAS, SEGURO MÉDICO) (*)	\$
POR ARRIENDO (*)	\$	VESTUARIO (ROPA, ZAPATOS) (*)	\$
POR JUBILACIÓN (*)	\$	SERVICIOS BÁSICOS (AGUA, LUZ, TELÉFONO, INTERNET, TV CABLE) (*)	\$
POR BONO (*)	\$	TARJETA DE CRÉDITO (CONSUMO MENSUAL) (*)	\$
OTROS INGRESOS (*)	\$	OTROS EGRESOS (PRÉSTAMOS, AYUDAS EXTERNAS) (*)	\$
TOTAL INGRESO MENSUAL (*)	\$	TOTAL EGRESO MENSUAL (*)	\$

SITUACIÓN LABORAL

TIENE VEHÍCULO (*): SI () NO ()

TRABAJA ACTUALMENTE EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, ES DECIR, ¿AFILIADO AL IESS? (*) SI () NO ()

SI SU RESPUESTA ES SI, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (*):

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

PROVINCIA: _____ CANTÓN: _____

MESES LABORANDO: _____ FECHA DE INICIO LABORAL: _____

SI SU RESPUESTA ES NO, INDICAR QUE ACTIVIDAD REALIZA PARA GENERAR INGRESOS Y CUBRIR SUS GASTOS DE ESTUDIO (*):

ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU CASA ESTÁN AFILIADAS AL IESS (*) SI () NO ()

EN CASO DE CONTESTAR SI, INDIQUE EL NOMBRE:

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORÓ ANTERIORMENTE:

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____


DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

AÑOS/MESES LABORANDO: _____ FECHA DE SALIDA: _____

REALICE UN CROQUIS DE SU VIVIENDA. (*)

INDIQUE PUNTOS DE REFERENCIA QUE PERMITA UNA FÁCIL UBICACIÓN DEL SITIO DONDE USTED VIVA.



INDICAR LÍNEAS DE VEHÍCULOS DE SERVICIO URBANO QUE CONDUCEN AL SECTOR DONDE VIVE.

6. ¿QUÉ TE MOTIVA A APLICAR AL PROGRAMA DE BECAS ACÁDEMICAS? (*)

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ESTÁ ESTRICTAMENTE APEGADA A LA VERDAD. LO DECLARO:

GUAYAQUIL, A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DEL 20_____

FIRMA DEL POSTULANTE