

2023

NUEVA
SOLICITUD

Ayuda Escolar para la Educación

Becas Socioeducativas

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

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?

No Sí ¿Cuál? _____ ¿Qué monto recibe mensualmente? \$ _____

DATOS DEL ALUMNO/A

DATOS PERSONALES

Apellido/s _____

Nombre/s _____

DNI N° _____ (adjuntar copia)

Domicilio: Igual al del responsable de cobro Sí 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 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 Educativa (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

¿La/el alumna/o trabaja? 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

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 Socioeducativas

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 Indígenas” *(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 Socioeducativas”, 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 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 Socioeducativas", 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 Socioeducativas

ACTA DE DECLARACIÓN JURADA DE GASTOS

Identificación del responsable del establecimiento/ institución: _____

Establecimiento: _____

Nombre y Apellido de el/la Alumno/a: _____

DNI N°: _____ 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