|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE BECA POR DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CATASTRÓFICA** |
| Guayaquil, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_**Señores****Secretaría de Bienestar Universitario****Universidad de las Artes****Guayaquil**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con cédula/pasaporte No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) como estudiante regular en esta Universidad, en la carrera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el \_\_\_\_\_ nivel, por su intermedio solicito al Consejo Universitario, me conceda la beca ofrecida a estudiantes por presentar discapacidad o situación discapacitante.Mediante el formulario y la documentación adjunta, certifico que los datos consignados en el mismo, son fidedignos y se apegan a la verdad, asumiendo que si se constatara que la información o la documentación entregada es falsa esta petición no será considerada.Autorizo a la Universidad de las Artes a comprobar la veracidad de cada uno de los documentos y la información que aquí entrego. Atentamente, Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cédula/pasaporte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **NOTAS:** 1. Lea detenidamente este formulario, llene todos los casilleros con la información solicitada.
2. La información proporcionada en este formulario será sujeta a verificación. La comprobación en la falsedad de la misma determina la eliminación del proceso de postulación a la beca, sin lugar a las acciones legales que la universidad pueda realizar en contra del estudiante, conforme a la falta encontrada y conforme a la ley.
3. Para efectos del proceso de selección de becas, se considerarán como requisitos la totalidad de documentos que se encuentran en el listado adjunto y un promedio general de 7/10 durante el tiempo de estudio.
 |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN SOCIO ECONÓMICA Y FAMILIAR DEL ESTUDIANTE POSTULANTE**
 |
| * 1. **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE POSTULANTE**
 |
| **APELLIDOS:** |  | **NOMBRES:** |  |
| **CÉDULA:**  |  | **ó PASAPORTE:** |  | **CARRERA:** |  |
| **NACIONALIDAD:** |  | **LUGAR DE NACIMIENTO:** | **CIUDAD** | **PROVINCIA** | **PAÍS** |
|  |  |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | *dd* | *mm* | *aaaa* | **¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?** | **SI** |  | **NO** |  |
|  |  |  |
| **TIPO DE DISCAPACIDAD** |  | **CODIFICACIÓN CIE 10 (Certificado de salud MSP):** |  |
| **PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD** |  | **No. DE CARNÉ DE DISCAPACIDAD:** |  |
| **En su núcleo familiar hay otro miembro con discapacidad**  | **SI** |  | **NO** |  | **Indique si es uno o más de uno y parentesco:** |  |
| **Detalle tipo de discapacidad de familiar (es)**  |  |
| **\*¿Es usted una persona migrante:** | **SI** |  | **NO** |  | * **(Para los ecuatorianos)Se determina que una persona es migrante cuando tiene no más de 2 años de haber arribado al país para residir, luego de haber permanecido al menos 2 años en el exterior.**
 |
| **ESTADO CIVIL:**  | ***SOLTERO*** |  | ***CASADO*** |  | ***UNIÓN LIBRE***  |  |
| * 1. **DIRECCIÓN ACTUAL DEL POSTULANTE**
 |
| **PROVINCIA:** |  | **PARROQUIA:** |  |
| **CANTÓN:** |  | **CALLE, NÚMERO E INTERSECCIÓN:** |  |
| **DATO REFERENCIAL PARA LLEGAR A DOMICILIO:** |  | **TELÉFONO:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** |  | **CELULAR:** |  |
| **USTED VIVE CON:** (MARQUE CON X, puede marcar varios campos)**:**  |
| **SOLO:** |  | **PADRE:** |  | **MADRE:** |  | **ABUELO/A(S):** |  |
| **HIJO/A(S):** |  | **TÍOS(AS):** |  | **HERMANO/A(S):** |  | **PAREJA:** |  |
| **COMPARTE DEPARTAMENTO:** |  | **Otros (especifique)** |  |
| * 1. **RESIDENCIA ESTABLE DE SU GRUPO FAMILIAR**

*(No completar en caso de que la residencia del grupo familiar y el lugar de residencia del estudiante sean iguales)* |
| **PAÍS:** |  | **PROVINCIA:** |  | **CANTÓN:** |  |
| **PARROQUIA:** |  | **CALLE Y NÚMERO:** |  |
| **DATO REFERENCIAL PARA LLEGAR A DOMICILIO:** |  | **TELÉFONO:** |  |
| **NOMBRE REPRESENTANTE DEL HOGAR:** |  | **CELULAR:** |  |

**FOTO**

|  |
| --- |
|  |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE**
 |
| * 1. **NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO**
 |
| **Bachillerato** |  | **Bachillerato** **Técnico** |  | **Tecnológico** **Superior** |  | **Tercer Nivel** (*Licenciatura/Ingeniería)* |  | **Maestría** |  | **Phd** |  |
| **¿Estudió otra carrera de tercer nivel?** | **SI** |  | **NO** |  | **Razones por las que no culminó su anterior carrera:** |
| **¿La culminó?** | **SI** |  | **NO** |  |
| **Nombre de la carrera que culminó:** |  | Tenía que trabajar |  |
| **Nombre de la institución de educación superior:** |  | Procreó hijos |  |
| **Título obtenido:** |  | No tenía dinero |  |
| **Tipo de institución:** | **Estatal** |  | **Privada** |  | No me gustó la carrera |  |
| **En la actualidad, ¿está estudiando una carrera adicional?** | **SI** |  | **NO** |  | Otros: |
| **¿Qué tipos de pagos realiza?** | **Matrícula** |  | **Mensualidad** |  | **Otros:** |
| **Los fondos para su estudio son:** | **Propios** |  | **Crédito** |  |  **Beca** |  |
|  **2.2 DATOS LABORALES** |
| **¿Trabaja?** | **SÍ** |  | **NO** |  | Si su respuesta es SI: |
| **Nombre de la empresa:** |  | **Nombre de persona de referencia:** |  |
| **Ingresos mensuales:** | **$** | **Afiliación al IESS** | **SI** |  | **NO** |  | **Cargo o actividad:** |  |
| **Tiempo de servicio:** |  | **Otros ingresos** | **$** | **Indique otro tipo de actividad eventual:** |  |
| 1. **CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO FAMILIAR**
 |
| **APELLIDO-NOMBRE** | **PARENTEZCO CON EL ESTUDIANTE** | **EDAD** | **OCUPACIÓN-ACTIVIDAD** | **INGRESO MENSUAL** | **INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIA/TRABAJA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL INGRESOS** |  |  |
| * 1. **Los ingresos de su familia provienen de** (marque con una X)**:**
 | * 1. **Tipo de vivienda que habita el estudiante** (marque con una X o coloque el número correspondiente en el cuadro).
 |
| **Ingresos en relación de dependencia** |  | **Casa** |  | **Propia con servicios básicos**  |  |
| **Negocio propio** |  | **Departamento** |  | **Propia sin acceso a servicios básicos** |  |
| **Libre ejercicio de profesión** |  | **Número de dormitorios** |  | **De un familiar** |  |
| **Renta de propiedades** |  | **Número de baños** |  | **Arrendada** |  |
| **Transferencias** |  | **Sala** |  | **Prestada** |  |
| **Pensiones alimenticias** |  | **Comedor** |  | **Otros** |  |
| **Otros**  |  | **Cocina** |  | **Extensión de construcción** |  |
| * 1. **GASTOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR**
 |
| **DETALLE** | **MONTO MENSUAL** | **DETALLE** | **MONTO MENSUAL** | **DETALLE** | **MONTO MENSUAL** |
| **Arriendo** |  | **Transporte** |  | **Cable** |  |
| **Electricidad** |  | **Salud** |  | **Impuestos Prediales** |  |
| **Agua** |  | **Vestuario** |  | **Préstamos comerciales bancarios** |  |
| **Teléfono** |  | **Alimentación** |  | **Préstamos Hipotecarios** |  |
| **Gas** |  | **Tarjetas de crédito** |  | **Seguros** |  |
| **Internet** |  | **Pensiones y matrículas** |  | **Otros gastos** |  |
| **SUBTOTAL** |  | **SUBTOTAL** |  | **SUBTOTAL** |  |
| **TOTAL GASTOS MENSUALES** |  |

|  |
| --- |
| **SITUACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE AL MOMENTO DE SOLICITAR LA BECA** |
| **Promedio General Semestre inmediato anterior** |  |
| **Promedio de asistencias**  |  |

Por el presente declaro que los datos incorporados en este formulario tienen el carácter de declaración jurada, asumiendo la responsabilidad ética y jurídica correspondiente, en caso de determinarse falsedad. Por tanto, al suscribir este documento confirmo lo registrado en el mismo como verdadero y fidedigno.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del postulante

Nombre completo: ………………………………………………………………………

Número de cédula/pasaporte: ……………………………………………………….