

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellido y nombre (Indicar las celdas)
Fecha de nacimiento / / Tipo de documento

--	--	--	--	--	--	--	--

CUIL (si es mayor de 18 años)
Institución educativa Año que cursa
Localidad Domicilio actual
¿Tiene obra social? Si No ¿Cuál? ¿Tiene hijos? Si No
¿Presenta algún tipo de discapacidad? Si No Describir en el caso afirmativo.
.....
¿Recibe algún plan o subsidio? Si No
Celular (si es mayor de 18 años)
Correo electrónico (si es mayor de 18 años)

(si es mayor de 18 años) **Firma**

DATOS DEL MADRE/PADRE/TUTOR

(en el caso de alumno/a menor de 18 años)

Apellido y nombre (Indicar las celdas)
Fecha de nacimiento / / Tipo de documento

--	--	--	--	--	--	--	--

CUIL (si es mayor de 18 años)
Máximo nivel educativo completo alcanzado por la madre
(no completar en el caso de ausente o fallecida)
Máximo nivel educativo completo alcanzado por el padre
(no completar en el caso de ausente o fallecida)
Celular Correo electrónico
Otro teléfono de contacto.....

Firma

Recordá que los datos consignados en este formulario tiene carácter de **declaración jurada** y la **falsedad** de la misma hará **pasible de sanciones**.

Para completar la inscripción deberás **entregar este formulario junto con la documentación correspondiente**, de manera personal, en el Anexo de la Secretaría de Cultura y Educación, de lunes a viernes, de 8 a 12 hs; o en la delegación correspondiente.



GRUPO FAMILIAR

(Definimos como “grupo familiar y/o conviviente” al conjunto de personas (unidas o no por vínculos de sangre) que comparten los gastos necesarios para su sustento.)

Cantidad de integrantes Integrantes menores de 18 años

Ingresos económicos

Tipo de Ingresos: *(Tildar lo que corresponda)*

- Asignación Universal por hijo
- Autónomo o empleador
- Ingreso por cuota alimentaria
- Monotributista
- Pensión/jubilación
- Plan social
- Trabajo asalariado *(en blanco)*
- Trabajo informal *(en negro)*

¿Algún integrante presenta:

a) alguna discapacidad Si No

b) enfermedad de tratamiento prolongado? Describir en el caso afirmativo.

.....

VIVIENDA *(Tildar lo que corresponda)*

1) Propia 2) Hipoteca/Crédito 3) Alquilada 4) Cedida

Monto (en el caso de alquilar)

Calificación 1) Muy confortable 2) Confortable 3) Precaria 4) Otras

Cantidad de ambientes (sin incluir baño ni cocina)

Gastos totales de servicios (Luz, gas, agua, telefonía, impuestos, etc.)

EVALUACIÓN *(Tildar lo que corresponda)*

Aprobado Fuera de concurso

Motivo: Supera ingresos Académicos Documentación incompleta

Otro (aclarar)



TALÓN PARA EL POSTULANTE

Apellido y Nombre Lincoln, /.... /2023

Por medio de la presente se deja constancia de la entrega de documentación completa que certifica lo declarado en el formulario de inscripción a la Beca de Ayuda Económica de la Municipalidad de Lincoln.

Es exclusiva responsabilidad del postulante que la documentación sea entregada de forma completa y correcta.

