

 GOBIERNO DE CHILE Departamento de Becas Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001	MANUAL	Código: M-DB-BM001
	BECAS DE MANTENCIÓN	Revisión: 02
		Fecha: 29/10/2010
		Página: 93 de 100

DECLARACION DE GASTOS MENSUALES

Nombre del Postulante o Renovante.....

IDENTIFICACION DEL JEFE DE HOGAR

Nombre :

Rut :

Domicilio :

Teléfono :

Ocupación :

GASTOS FAMILIARES

\$ MENSUALES

- | | |
|--|-------|
| 1. Alimentación | ..... |
| 2. Útiles de Aseo..... | ..... |
| 3. Arriendo | ..... |
| 4. Dividendo | ..... |
| 5. Luz | ..... |
| 6. Agua | ..... |
| 7. Combustible | ..... |
| 8. Teléfono | ..... |
| 9. Movilización | ..... |
| 10. Educación (Centro de Padres, Escolaridad, Letras, etc.) | ..... |
| 11. Créditos de Consumo (Casas Comerciales, Financieras, etc.) | ..... |
| 12. Varios (Medicamentos, Vestuario, etc.) | ..... |
| Total | ..... |

Observaciones:

.....

.....

Me hago responsable de la información entregada en este formulario y declaro bajo juramento que es fidedigna.

Firma y Timbre Asistente Social

Firma del Jefe de Hogar

Fecha:

Elaborado por: DB. Equipo UB	Revisado por: Jefe DB	Aprobado por: DN
------------------------------	-----------------------	------------------