

**DECLARACION DE GASTOS MENSUALES UDEC**

|                              |             |                       |  |
|------------------------------|-------------|-----------------------|--|
| <b>Nombre de Postulante:</b> |             |                       |  |
| <b>Matrícula:</b>            | <b>Rut:</b> | <b>Fono contacto:</b> |  |
| <b>Correo electrónico:</b>   |             | <b>Fecha:</b>         |  |

**Nombre de Jefe de Hogar:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Rut:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar Real:** \_\_\_\_\_

**Gastos Familiares:**

| Item   | Monto Mensual | Observación |
|--|---------------|-------------|
| Alimentación                                 |               |             |
| Útiles de Aseo                               |               |             |
| Arriendo o Dividendo                         |               |             |
| Servicios Básicos (Luz, Agua, Gas)           |               |             |
| Tv cable - Internet                          |               |             |
| Teléfono (Fijo y/o celular)                  |               |             |
| Calefacción (gas, leña, parafina, etc.)      |               |             |
| Movilización (transp.público, gasolina, etc) |               |             |
| Educación                                    |               |             |
| Salud  |               |             |
| Créditos de Consumo                          |               |             |
| Gastos Pensión en período académico          |               |             |
| Varios (vestuario, etc.)                     |               |             |
| <b>TOTAL</b>                                 |               |             |

**Observaciones:**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma Trabajadora Social**

\_\_\_\_\_  
**Firma Estudiante**

|  |  |
|--|--|
| <b>Uso exclusivo de Trabajadora Social UdeC:</b> |  |
| <b>PSE:</b>                                      | <b>Ingreso Legal mensual acreditado:</b> |
| <b>Beneficio al que postula:</b>                 |  |
| <b>Resolución y obs.:</b>                        |  |