



**ASISTENCIA DISCAPACITADOS**

Escriba en Letra Imprenta

Fecha de entrega del Formulario

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Nº CÉDULA	SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN ACTUAL							
NACIONALIDAD	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO		CALLE o BARRIO		
CASA o APTO.	APARTADO Nº		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE DEL PADRE	CÉDULA	LUGAR DE TRABAJO		OCUPACIÓN	TELÉFONO		
NOMBRE DE LA MADRE	CÉDULA	LUGAR DE TRABAJO		OCUPACIÓN	TELÉFONO		
NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA	CÉDULA	PARENTESCO	OCUPACIÓN		TELÉFONO		
HOGAR PADRES PRESENTES <input type="checkbox"/>	PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>		PERSONA DE QUIEN DEPENDE _____				
UNO AUSENTE <input type="checkbox"/>			OCUPACIÓN _____				
OTRO <input type="checkbox"/>	CUANTAS PERSONAS TRABAJAN <input type="checkbox"/>		CÉDULA _____				
HERMANOS QUE ESTUDIAN <input type="checkbox"/>	TIENE HERMANOS BECADOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		INGRESO FAMILIAR B/. _____		RESIDENCIA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/>		ALQUILER MENSUAL B/. _____
MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA							
ALUMBRADO ELÉCTRICO <input type="checkbox"/>	AGUA POTABLE <input type="checkbox"/>	SERVICIO SANITARIO <input type="checkbox"/>	MATERIAL DE LA VIVIENDA CONCRETO <input type="checkbox"/>		TIPO DE VIVIENDA CASA <input type="checkbox"/>		
OTRO TIPO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	LETRINA <input type="checkbox"/>	MADERA <input type="checkbox"/>		APARTAMENTO <input type="checkbox"/>		
		OTRO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>		CUARTO <input type="checkbox"/> CASA RURAL <input type="checkbox"/>		
ESTUDIOS QUE CURSARÁ							
CENTRO DE ESTUDIO			TÍTULO QUE OBTENDRÁ			PROMEDIO O ÍNDICE	
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO		DURACIÓN EN AÑOS	GRADO / AÑO	NIVEL	
UBICACIÓN (CENTRO DE ESTUDIO)			PARTICULAR <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
FACULTAD	INGRESO	TIPO DE CENTRO EDUCATIVO			MEDIOS DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA ASISTIR AL CENTRO EDUCATIVO		
ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO CURSADO							
CENTRO DE ESTUDIO			TÍTULO OBTENIDO				
LUGAR Y EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO		AÑOS	SALARIO		
PROVINCIA		DISTRITO		CORREGIMIENTO			
CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PRECEDE ES CORRECTA							
FIRMA (ESTUDIANTE)			CÉDULA			FECHA	
SOLO PARA USO DE LA OFICINA							
Nº CÉDULA	REPRESENTANTE LEGAL		DURACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE VENCIMIENTO		
Nº RESOLUCIÓN	FECHA DE RESOLUCIÓN		GRUPO INDÍGENA				
MONTO MENSUAL	MONTO TRIMESTRAL	MONTO ANUAL	MONTO TOTAL	SUCURSAL DE PAGO			
TIPO DE TRABAJO (Erradicación del Trabajo Infantil)			TIPO DE DISCAPACIDAD				
SUBPROGRAMA			NIVEL	DIRECCIÓN PROVINCIAL, COMARCAL O AGENCIA REGIONAL			
RECIBIDO POR		VERIFICADO POR			REGISTRADO POR		

\* CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA EN LA SOLICITUD DE BECA Y ALTERACIÓN DE DOCUMENTO QUE EL ASPIRANTE DEBE REMITIR AL IFARHU, SERÁ CAUSAL DE DESCALIFICACIÓN O CANCELACIÓN INMEDIATA EN LA BECA SI ESTA SE HUBIERE ADJUDICADO.

\* SI EL SOLICITANTE CUENTA CON ALGÚN TIPO DE AYUDA O BENEFICIO DE OTRA INSTITUCIÓN, ESTA SOLICITUD

SERÁ DESCALIFICADA EN CASO TAL QUE SE HUBIERE ADJUDICADO.

Nº 000001