

Escriba en Letra Imprinta  
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	OCUPACION		TELÉFONO	
NOMBRE DE LA MADRE		CÉDULA	LUGAR DE TRABAJO	OCUPACION		TELEFONO	
NOMBRE DEL JEFE DE LA FAMILIA		CÉDULA	PARENTESCO	OCUPACIÓN		TELÉFONO	
HOGAR PADRES PRESENTES <input type="checkbox"/> UNO AUSENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR <input type="checkbox"/> CUANTAS TRABAJAN <input type="checkbox"/>		PERSONA DE QUIEN DEPENDE <input type="checkbox"/>				
HERMANOS QUE ESTUDIAN <input type="checkbox"/>	TIENE HERMANOS BECADOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		INGRESO FAMILIAR B/	PROVINCIA	ALQUILER MENSUAL B/		
MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA							
ALUMBRADO ELECTRICO <input type="checkbox"/>	AGUA POTABLE <input type="checkbox"/>	SEPTICARIO <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"/>	TRINIA <input type="checkbox"/>	MADERA <input type="checkbox"/>	APARTAMENTO <input type="checkbox"/>			
			OTRO <input type="checkbox"/>	CUARTO <input type="checkbox"/>	CASA RURAL <input type="checkbox"/>		
ESTUDIO QUE CURSARÁ							
CENTRO DE ESTUDIO	TÍTULO OBTENDRÁ		PROMEDIO O INDICE				
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 INDIGENA				
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