



7. Solicitud de Beca de Emergencia

Nº 49

Fecha	12-09-2018
Asistente Social	Carmen Luz Pérez
Correo electrónico	clperezl@u.uchile.cl
Ingreso RUT	216680324
N° de Matricula	2018114550
Nombre Completo	MELISSA ALAVA PINOS
Facultad	Facultad de Ciencias Sociales
Seleccione Sistema de Salud del Alumno/a	Fonasa
Motivo de la Solicitud	Gastos médicos en salud mental.
Monto solicitado por el alumno/a \$	135000
Monto propuesto por el o la asistente social \$	135000
Tiene BAE	Si
Indique Situación de Vulnerabilidad	Vulnerabilidad
Ingreso Puntaje PAE:	40.6
Seleccione las que corresponda	Resumen Ficha social (obligatorio).
Documento Adjunto 1	1-0216680324 MELISSA ALEJANDRA ALAVA PINOS.pdf
Breve descripción de situación socioeconómica del grupo familiar: (comuna de residencia, situación de vivienda, composición del grupo familiar, ingresos).	La Asistente Social que suscribe se permite informar respecto de los antecedentes socioeconómicos actuales de MELISSA ALAVA PINOS, alumna primer año de Sociologías. Dispone sólo de Beca PAE Básica. Alumna reside en la comuna de Puente Alto junto a la madre y hermano estudiante de educación superior. La madre es dentista en Cesfam de Puente Alto, cumple rol de jefa de hogar y única proveedora, ya que los progenitores de sus hijos no realizan aporte económico alguno ni tampoco mantienen contacto con ellos. Ingreso familiar promedio \$1.871.776.- per cápita \$623.925.- Habitan vivienda con crédito hipotecario.
Descripción de la situación actual de emergencia. En caso de ser necesario (cuando la beca sea	La alumna y su hermano cursan estudios superiores sin beneficios de arancel ni tampoco créditos, por lo que la madre debe destinar parte importante de su

utilizada para adquisición de material o de algún servicio), indicar motivo por el cual, la familia no puede suplir por medios propios la necesidad:

suelo sólo para cumplir con las obligaciones de las mensualidades.

Opinión profesional

Hace unas semanas, la referida comenzó a sentir algunos episodios de angustia que la llevaron a consultar en el CAPs, pues su estado anímico estaría afectando sus dinámicas diarias y podrían incidir en su rendimiento académico.

Por lo anteriormente expuesto, y dada la ausencia de apoyo paternal, se solicita otorgar Beca CAP's a Melissa Alava Pinos, por \$135.000.-

SOLICITUD BECA DE EMERGENCIA 2018

N°

49

1. IDENTIFICACION DEL ALUMNO

NOMBRES Melissa Alava APELLIDO PATERNO Alava APELLIDO MATERNO Pinos

RUT

2 1 6 6 8 0 3 2 - 9

MATRÍCULA

CARRERA

Sociología

CELULAR

+56943903855

MOTIVO SOLICITUD

* Marcar con X acorde a

- ☐ FALLECIMIENTO DEL JEFE DE HOGAR \$150.000
☐ CATASTROFE y/o DESASTRE NATURAL \$150.000
☐ INCENDIO DE VIVIENDA \$150.000
☐ ARRIENDO Y/O MES DE GARANTÍA \$150.000
☐ TRASLADO O MOVILIZACIÓN \$60.000
☐ PERDIDA DE BENEFICIOS INTER/EXT \$100.000
☐ CESANTIA \$150.000
☐ COMPRA DE MEDICAMENTOS \$120.000

- ☒ GASTOS MEDICOS EN SALUD MENTAL CAPS \$135.000
☐ GASTOS MEDICOS \$150.000
☐ REPOSICIÓN MATERIALES POR ROBO \$100.000
☐ COMPRA DE MATERIALES DE ESTUDIO \$100.000
☐ DISMINUCIÓN DE INGRESOS \$150.000
☐ COMPRA LENTES OPTICOS SIN DAÑO SEVERO \$30.000
☐ COMPRA LENTES OPTICOS POR DAÑO SEVERO \$60.000
☐ DIAGNOSTICO OFTALMOLOGICO

MONTO SOLICITADO POR ALUMNO

\$ 135.000

4.- SINTESIS SOCIOECONÓMICA

He el imposible subvencionar \$15.000 ^{semanales} ~~mensuales~~ ya que el sueldo de mi mamá es el único ingreso con el cual contamos en mi hogar. Además, mi beca PAE es el único ingreso que recibo y la destino totalmente a fotocopias y mi pasaje diario. Esta beca me sería de mucha ayuda ya que necesita ayuda psicológica y me es difícil pagar esa cantidad toda la semana.

FIRMA SOLICITANTE

2. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

PAE ☒ SI
☐ NO

PTJE

SITUACIÓN DE SALUD

☐ FONASA, LETRA
☐ ISAPRE
☐ CAPREDENA/DIPRECA

OTRA

SITUACIÓN VULNERABILIDAD

SIN VULNERABILIDAD
 BAJA VULNERABILIDAD
 MEDIANA VULNERABILIDAD
 VULNERABILIDAD
 ALTA VULNERABILIDAD

10%
 20%
 30%
 40%
 50%

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

☐ CONSTANCIA DE CARABINEROS Y/O BOMBEROS
☐ RECETA Y/O DIAGNOSTICO
☐ 3 COTIZACIONES
☐ RESUMEN FICHA SOCIAL

☐ INFORME SOCIAL MUNICIPIO/CONSULTORIO
☐ PRESUPUESTO MEDICO Y/O DENTAL
☐ OTRO

ASISTENTE SOCIAL FACULTAD

FIRMA Y TIMBRE

FECHA