



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

INFORME SOCIOECONOMICO

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE:

Nombre de Solicitante:		
Matrícula:	Rut:	Carrera:
Fecha Nacimiento:	Estado Civil:	
Previsión Social:	Previsión de Salud:	
Solicitud:		

2. ANTECEDENTES FAMILIARES (excluir al estudiante):

<i>Nombres</i>	<i>Rut</i>	<i>Fecha Nac.</i>	<i>Est. Civil</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Niv. Educ.</i>	<i>Prev. Soc.*</i>	<i>Prev. Salud</i>	<i>Actividad</i>

***Previsión Social:** AFP(1), INP(2), Capredena (3), Dipreca(4), Otra Previsión (5), Sin Previsión (6).



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

3. SITUACION ECONOMICA

Ingresos Familiares:

<i>Nombre</i>	<i>Concepto</i>	<i>Monto (Líquido legal)</i>
TOTAL		

Gastos Familiares:

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



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

4. ANTECEDENTES DE VIVIENDA:

Dirección Familiar:

Comuna:

Región:

Tenencia de vivienda familiar:

Propia Pagada _____

Propia en Pago _____

Arriendo _____

Usufructuarios _____

Allegados _____

Dividendo Mensual: _____

Arriendo Mensual: _____

5. ANTECEDENTES DE SALUD:

- *Enfermedades de Mediana Gravedad o Discapacidad*

<i>Nombre</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Gasto medicamentos permanentes</i>

- *Enfermedades Catastróficas*

<i>Nombre</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Gasto medicamentos permanentes</i>

6. FACTORES DE RIESGO:

Especificar situaciones sociales como sobreendeudamiento, VIF, OH, separación reciente de los padres, estudiantes sin beneficios de arancel, etc.):



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

OPINION PROFESIONAL:

Fecha de visita domiciliaria:

Fecha de elaboración de informe:

Nombre de Asistente Social:

Correo y/o teléfono de contacto:

FIRMA Y TIMBRE ASISTENTE SOCIAL

****Favor entregar en sobre sellado.***