



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION  
 Dirección de Servicios Estudiantiles  
 Unidad de Salud y Bienestar Estudiantil

**DECLARACION DE GASTOS E INGRESOS MENSUALES UDEC**

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| <b>Nombre de Postulante:</b> _____ |                     |
| <b>Matrícula:</b> _____            |                     |
| <b>Correo electrónico:</b> _____   | <b>Fecha:</b> _____ |

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

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

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

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

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

**Gastos Familiares:**

| <i>Item</i>                                  | <i>Monto Mensual</i> | <i>Observación</i> |
|--|----------------------|--------------------|
| Alimentación                                 |                      |                    |
| Útiles de Aseo                               |                      |                    |
| Arriendo o Dividendo                         |                      |                    |
| Servicios Básicos (Luz, Agua, Gas)           |                      |                    |
| Tv cable - Internet                          |                      |                    |
| Teléfono                                     |                      |                    |
| 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>                                 |                      |                    |

|                       |
|-----------------------|
| <b>Observaciones:</b> |
|-----------------------|

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

\_\_\_\_\_  
**Firma Asistente Social**

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

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

