



# FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

## 1.- ANTECEDENTES GENERALES

### DATOS DEL ALUMNO

Rut alumno: \_\_\_\_\_ DV: \_\_\_\_\_

Nombres alumno: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_

Teléfono (Cód. Área) \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Celular (09-08-07-06-05) \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución \_\_\_\_\_

Nombre carrera: \_\_\_\_\_

Año de ingreso: \_\_\_\_\_

### DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gratuidad                          | <input type="checkbox"/> Articulación                              |
| <input type="checkbox"/> Puntaje PSU                        | <input type="checkbox"/> Hijos de Profesionales de la Educación    |
| <input type="checkbox"/> Bicentenario                       | <input type="checkbox"/> Reparación - Titular Valech               |
| <input type="checkbox"/> Juan Gómez Millas                  | <input type="checkbox"/> Reparación - Traspaso Valech              |
| <input type="checkbox"/> Vocación de Profesor               | <input type="checkbox"/> Reubicación                               |
| <input type="checkbox"/> Pedagogía                          | <input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios U. ARCIS          |
| <input type="checkbox"/> Excelencia Académica               | <input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios U. Iberoamericana |
| <input type="checkbox"/> Nuevo Milenio o Excelencia Técnica | <input type="checkbox"/> Cumplimiento de Sentencias y Acuerdos     |

## 2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (marque con una x los semestres de suspensión)

<b>2020</b>	1° semestre
	2° semestre

**Motivo de Suspensión (marque con x)**

- Embarazo
- Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar
- Jornada Laboral del estudiante impide continuidad de estudios
- Cambio de ciudad de residencia del estudiante
- Falta de carga académica del estudiante que impide continuidad de estudio
- Pasantía en el extranjero
- Problemas de salud del estudiante
- Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo
- Cuidado del hijo(a) recién nacido(a)
- Condena Judicial
- Otro

**Declaro conocer que la suspensión de los beneficios que poseo, queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA BENEFICIADO

\_\_\_\_\_  
FECHA DE SOLICITUD

\_\_\_\_\_  
NOMBRE RESPONSABLE  
INSTITUCIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA Y TIMBRE  
INSTITUCIÓN

**Observaciones Institución:**

---

---

---

---

---

---