



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

DECLARACION DE GASTOS E INGRESOS MENSUALES UDEC

Nombre de Postulante:

Matrícula:

Correo electrónico:

Fecha:

Nombre de Jefe de Hogar: _____

Parentesco: _____ **Rut:** _____

Domicilio: _____

Ocupación: _____

Ingreso Familiar Real: _____

Gastos Familiares:

Item	Monto Mensual	Observación
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.)		
TOTAL		

Observaciones:

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

Firma Asistente Social

Firma Estudiante

Uso Exclusivo de A.Social UdeC:

PSE:

Beneficio al que postula:

Resolución y obs.:

Ingreso Legal mensual acreditado:

Campus Universitario, Edificio Virginio Gómez, Primer Piso
Casilla 160-C, Fono: (56)(41) 2204412 Fax: (56)(41) 2234835
www.udec.cl/dise dise@udec.cl

