

*UNIVERSIDAD DE CONCEPCION*

*Dirección de Servicios Estudiantiles*

*Unidad de Salud y Bienestar Estudiantil*

*DECLARACION DE GASTOS E INGRESOS MENSUALES UDEC*

***Fecha:***

***Nombre de Postulante: Matrícula:***

***Correo electrónico:***

*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***



Campus Universitario, Edificio Virginio Gómez, Primer Piso Casilla 160-C, Fono: (56)(41) 2204412 Fax: (56)(41) 2234835

*Ingreso Legal mensual acreditado:*

***Uso Exlusivo de A.Social UdeC:***

*PSE:*

*Beneficio al que postula: Resolución y obs.:*

[www.udec.cl/dise](http://www.udec.cl/dise) [dise@udec.cl](mailto:dise@udec.cl)