

FICHA SOCIO - ECONÓMICA

1. DATOS GENERALES DEL POSTULANTE									
1.1. Apellidos y Nombres:			1.2. Edad:			1.3. Sexo	1.4. Estado Civil		
1.5. Fecha de Nacimiento	D	M	A	1.6. Lugar de Nacimiento	Región		Provincia		Distrito
1.7. DNI:		1.8. Teléf. 1:		1.9. Celular:		1.10. Email:			
1.11. Dirección actual:	Urb./Asoc./Coop./AA.HH.				Calle/Jr./Av./Psje.			N°	
	Int./Dpto		Mz.		Lote		Grupo/Comité/Etapa		Centro Poblado
	Comunidad				Distrito		Provincia		Región

2. ESTUDIOS								
2.1. Tipo de Institución Educativa donde concluyó o cursa sus estudios secundarios				Estatal	Particular	Parroquial	Militar	Otro
2.2. Nombre de la Institución Educativa de procedencia								

3. COMPOSICIÓN FAMILIAR								
Apellidos y Nombres	Sexo	Edad	Estado Civil	Parentesco con solicitante	Grado de instrucción (Est. Concl.)	Ocupación principal (Especificar)	Ingreso mensual en soles	Aporta ¿Cuánto?
TOTAL DE INGRESOS S/.								

4. CONDICION LABORAL DE LOS APORTANTES ECONÓMICOS						
Tipo de ingreso	Padre	Madre	Postulante	Otro aportante 1	Otro aportante 2	Total de aportes en soles
a) Contratado (plazo fijo o indeterminado)						
b) Desempleado						
c) Ingresos por negocio independiente formal (RUC Activo)						
d) Pensión de jubilación, viudez, orfandad, alimentos.						
e) Independiente informal						
TOTAL DE INGRESOS S/.						

5. COMPOSICIÓN FAMILIAR DEPENDIENTE					
Incluir al postulante más los familiares dependientes. En caso no tenga hermanos o algún familiar dependiente colocar único hijo o no se tiene familiares dependientes.					
Apellidos y Nombres	Dependiente	Parentesco	Grado de Instrucción	Mencionar si es colegio/instituto/universidad	Privado o Estatal

6. CALIDAD DE LA VIVIENDA Y ENDEUDAMIENTO		
7.1. Tenencia de la vivienda	7.2. Número de vivienda adicional	7.3. Servicios básicos
<input type="checkbox"/> Propia c/s título de propiedad <input type="checkbox"/> Vivienda de un familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Crédito hipotecario <input type="checkbox"/> Dada en hipoteca	<input type="checkbox"/> De cuatro inmuebles adicionales a más <input type="checkbox"/> Con tres inmuebles adicionales <input type="checkbox"/> Con dos inmuebles adicionales <input type="checkbox"/> Con un inmueble adicional <input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Con servicios premium (empleada, seguridad, club, etc.) <input type="checkbox"/> Con servicios adicionales a los básicos (cable e internet) <input type="checkbox"/> Con servicios básicos (agua, luz, desagüe, teléfono y gas) <input type="checkbox"/> Con algunos servicios básicos (agua y/o luz) <input type="checkbox"/> Sin servicios básicos
7.4. Detallar la deuda y monto mensual que se pagan por categoría, en caso no se tengan deudas colocar 0.		7.6. Valor total del vehículo/motocicleta
<input type="checkbox"/> No presenta deudas <input type="checkbox"/> Línea de tarjetas de crédito		<input type="checkbox"/> S/. 65,001 a más <input type="checkbox"/> S/. 45,001 a S/. 65,000

PROGRAMA DE BECAS BCP-CARRERAS TÉCNICAS

<input type="checkbox"/> Tiene crédito hipotecario <input type="checkbox"/> Tiene crédito vehicular/estudiantil <input type="checkbox"/> Tiene préstamo personal	<input type="checkbox"/> S/. 25,001 a S/. 45,000 <input type="checkbox"/> S/. 3,000 a S/. 25,000 <input type="checkbox"/> No tiene
--	--

8. RIESGOS SOCIALES

8.3. Actualmente ¿Se encuentra usted afiliado a algún tipo de seguro salud?

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Essalud Seguro privado (desde S/.201 a más mensualmente) Seguro privado (hasta S/.200 mensualmente) Seguro de las fuerzas armadas Seguro Integral de Salud - SIS No tiene seguro
--	---

8.4. ¿Ud. o algún miembro del hogar dependiente presenta algún diagnostico de salud? (Especifique en el recuadro)

Diagnóstico	Padres/Apoderado	Hijos	Postulante	Abuelos	Conviviente	Egresos por salud (colocar monto aproximado mensual en soles)
No presenta						
Enfermedades agudas (asma, gastritis, alergias, etc)						
Enfermedades que impliquen discapacidad temporal						
Discapacidad permanente						
Enfermedades Crónicas (diabétes/ Salud Mental)						
Enfermedades mortales (VIH, Cáncer y otros de riesgo mortal)						

Nota: Esta ficha debe enviarse virtualmente y los documentos en físico que se solicitan en la lista de documentación requerida PROGRAMA DE BECAS BCP-CARRERAS TÉCNICAS

.....

NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL DEL POSTULANTE
 NRO. DE DNI: