

SOLICITUD DE BECA PARA HIJOS (AS) DE SOCIOS ELEGIBLES

GRADO ASOCIADO
 TÉCNICO
 PRÁCTICO
 BACHILLERATO

NOTA: ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ES IMPORTANTE QUE USTED LEA LA HOJA INFORMATIVA QUE SE INCLUYE Y QUE SE HACE FORMAR PARTE DE ESTA SOLICITUD.

El candidato presentará la solicitud original, conjuntamente con los documentos requeridos. No se aceptarán solicitudes si faltan documentos o que figuren con encasillados en blanco. La solicitud y los documentos para el año académico que da comienzo en agosto de 2019 deberá presentarse no más tarde del 19 de julio de 2019, conforme al matasellos del correo federal. **No se recibirán documentos después de la fecha límite.** Los documentos requeridos son los siguientes:

1. Certificado de nacimiento del solicitante en original. Se retendrá una copia para fines de su expediente.
2. Transcripción de créditos de la institución educativa donde cursó sus últimos estudios que incluya el índice académico del solicitante, el cual no debe ser menor de 3.00.
3. Solicitantes en su primer año de estudios presentarán una certificación de admisión de la institución educativa acreditada donde cursará estudios. En aquellos casos en que el solicitante esté cursando estudios o sea readmitido, deberá presentar una carta oficial que así lo certifique o en su lugar el programa de clases actual, donde figure el sello de la institución. En ambas posibilidades deberá figurar matriculado en un mínimo de doce (12) créditos o su equivalente.
4. Someter a EL PLAN un escrito indicando las razones por las cuales entiende que debe ser considerado para otorgarle la beca y su compromiso personal para estudiar y completar el grado académico.
5. Cualquier otro documento que se determine necesario para su evaluación.

La entrega de la solicitud y los documentos solamente garantiza el recibo de éstos y no implica necesariamente la adjudicación de una beca.

PARTE A: DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. NOMBRE Y APELLIDOS _____	
2. DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____	
3. DIRECCIÓN POSTAL _____	CÓDIGO _____
4. FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____	TELÉFONO _____
5. CORREO ELECTRÓNICO _____	CIUDADANÍA _____
6. NOMBRE SOCIO ELEGIBLE _____	
7. RELACIÓN CON EL SOCIO ELEGIBLE _____	
8. SEGURO SOCIAL SOCIO ELEGIBLE _____	TELÉFONO _____

PARTE B: PREPARACIÓN ACADÉMICA (COMENZANDO CON EL DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR)

NOMBRE DE ESCUELA SUPERIOR, UNIVERSIDAD O COLEGIO	PERÍODO		GRADO OBTENIDO	FECHA GRADUACIÓN	PROMEDIO ACADÉMICO
	DESDE	HASTA			

PARTE C: PLANES DE ESTUDIO

1. INDIQUE GRADO O DIPLOMA QUE INTERESA OBTENER (especifique área de estudio).
2. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DONDE ESTUDIA U OBTUVO ADMISIÓN.

PARTE D: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CORRECTA Y VERAZ. ACEPTO QUE DE ENCONTRARSE MEDIANTE AUDITORIA QUE SE HA INCURRIDO EN ENGAÑO O FALSIFICACIÓN DE INFORMACIÓN, EL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA PODRÁ SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DEL MONTO DE LA BECA.

_____	_____
NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE DEL SOCIO
_____	_____
FIRMA	FIRMA

FECHA	

PARTE E: PARA USO DEL ÁREA DE SERVICIOS AUXILIARES DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

CERTIFICO QUE EL (LA) SEÑOR (A) _____ ES SOCIO (A) ELEGIBLE DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA PARA EL AÑO FONDO _____.

_____	_____
COORDINADOR	FECHA

PARTE F: PARA USO DEL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

CERTIFICO QUE EL SOLICITANTE, EL (LA) SR. (SRTA.) _____, CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN INTERNA DEL PROGRAMA DE BECAS DEL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA.

_____	_____
COORDINADOR	FECHA

P.O. BOX 6605 SAN JUAN, PUERTO RICO 00914-6605
becas@planbienestarutm.org