



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SOLICITUD DE BECA – COMEDORES ESCOLARES
REGISTRO UNICO BENEFICIARIOS/AS DE PROGRAMAS SOCIALES (R.U.B.)

RUB N°

.....

DATOS A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento	D.E.	Servicio solicitado
(CUE) Código Único de Establecimiento		Servicio otorgado

A COMPLETAR POR EL ALUMNO SOLICITANTE

Apellidos	Grado	Turno
Nombres		DNI
Nacionalidad	Fecha de nacimiento	
Domicilio	Teléfono	

DATOS DEL GRUPO CONVIVIENTE

Consignar la totalidad de sus integrantes

Apellido y Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Ingresos
Total de ingresos del grupo familiar				

OTROS DATOS

¿En qué tipo de establecimiento escolar cursan sus estudios los hermanos del solicitante? (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/> Escuela Pública	<input type="checkbox"/> Colegio Privado	En caso que concurren a establecimientos privados, especificar gasto mensual: \$
¿Cuentan con algún tipo de beca? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Beca Completa <input type="checkbox"/> Beca Parcial		

Adjuntar fotocopia de constancia de escolaridad de los hermanos del solicitante.

Algún miembro del grupo familiar sufre de una enfermedad crónica. (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/> Si	Gasto mensual derivado de dicha enfermedad crónica: \$
<input type="checkbox"/> No	

Adjuntar constancia médica de la enfermedad y comprobante de gastos

Cobertura de salud (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/> Obra Social	Gasto mensual: \$
<input type="checkbox"/> Sistema de Medicina Prepaga	
<input type="checkbox"/> No tiene	

¿Qué medios utiliza para llegar al establecimiento escolar? (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/> Caminando	<input type="checkbox"/> Transporte público	<input type="checkbox"/> Transporte escolar	Gasto mensual en transporte

Remise o Taxi

Automóvil
particular

| \$

DNI N°..... Otro:

CI N°..... No tiene

.....

Firma del solicitante