

FICHA DE POSTULACIÓN BECA DISCAPACIDAD

Santo Domingo, ___ de _____ del 202_

INSTRUCCIONES

- Toda la información consignada en este formulario es obligatoria y debe ser llenada con letra legible, con esfero de color azul. Toda la información que se reporte deberá ser respaldada con los requisitos que se encuentran en el documento "Requisitos de postulación".
- Toda la información que se reporte, así como, en los documentos que se adjunten, deben hacer honor a la verdad para los fines legales pertinentes y a la realidad completa del grupo familiar. En caso de que se detecte información fraudulenta se revocará automáticamente la beca y se deberá devolver los valores asignados.

DATOS PERSONALES DEL POSTULANTE

Nombres y Apellidos completos del postulante	
Cédula de Identidad	
Fecha postulación	
Provincia de residencia	
Parroquia de residencia	
Fecha de nacimiento	
Nacionalidad	
Correo electrónico personal	
Celular	
Celular de un familiar	
Dirección del domicilio	
Carrera deseada	
Presentas algún tipo de discapacidad	
Tipo de discapacidad	
% de discapacidad	

Sede a la que se postula:

QUITO (____) AMAZONAS (____) AMBATO (____) ESMERALDAS (____)
IBARRA (____) MANABÍ (____) STO. DOMINGO (____)

Ingresar por convenio: NO (____) SÍ (____)¹ Detallar:

¹ conjunto de personas unidas o no, por vínculos de sangre, que comparten los gastos necesarios para su sustento.

² seleccionar la carrera en orden de preferencia.

³ En caso afirmativo adjuntar el Certificado de aval de la institución, colegio o fundación

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Número de personas del hogar (con las que vive el/ la estudiante incluyéndose el/la estudiante): (_____) Si algún miembro de la familia tiene alguna enfermedad o discapacidad se debe presentar el debido certificado médico, carnet de discapacidad o en la cédula si es que consta.

DETALLAR EN EL CUADRO A CADA MIEMBRO INCLUIDO EL POSTULANTE TAL COMO INDICA EL EJEMPLO.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Y "CEDULA	PARENTESCO	TIENE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CATASTRÓFICA/ HUERFANA (SI O NO)	DETALLAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD
EJEMPLO: Juan Fernando Pérez, CI: 172385469	PADRE	SI	AUDITIVA 40%

TIPO DE VIVIENDA

- Propia (adjuntar copia del pago del impuesto predial del año 2025 donde salga el valúo)
- Arrendada (adjuntar el contrato de arrendamiento no hace falta que sea notariado)
- Hipotecada (adjuntar copia de la tabla de amortización)
- Otros (Prestada-adjuntar un certificado donde se detalle la situación de la vivienda y se especifique quien es el propietario (datos completos) de la vivienda, adjunta la cédula del dueño y firmado por el mismo- este documento no hace falta que sea notariado)

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL POSTULANTE: MARCAR CON UNA "X" SOLO EN CASO DE QUE SU SITUACIÓN CUMPLA ALGUNO DE LOS CRITERIOS

CRITERIO	MARCAR CON UNA X LOS CRITERIOS QUE APLIQUEN	DOCUMENTO DE RESPALDO A SER PRESENTADO
Fallecimiento de padre o madre		Certificado de defunción
Pertenecer al cuadro de honor del colegio.		Certificado emitido por el colegio
Pertenecer al grupo pobre o extremo pobre		Certificado del Registro Social
Pertenecer a un Pueblo o Nacionalidad.		Certificado emitido por el Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades del Ecuador
Postulante ecuatoriano/a retornado/a.		Certificado de persona retornada emitido por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana.
Postulante víctima de violencia de género.		-Medida administrativa de protección otorgada por autoridad competente, según el artículo 55 de la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres; -Inicio de la investigación previa o del proceso penal por delitos o contravenciones de violencia contra la mujer; o, -Sentencia condenatoria ejecutoriada.
Postulante hijo/a de una mujer víctima de muerte violenta.		-Inicio de la investigación previa por delito de contra la madre o progenitora por asesinato, femicidio, homicidio o violación con resultado de muerte; o, -Sentencia condenatoria ejecutoriada.
Postulante que se encuentre embarazada o sea madre de niño/a menor a 2 años.		Certificado médico de embarazo, o partida de nacimiento del hijo/a.

DECLARACIÓN DEL POSTULANTE:

Declaro que la toda la información mía y de los miembros de mi hogar, consignada en este formulario, así como, en los documentos PDF adjuntos, es verdadera y correcta, por tanto:

- Eximo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de toda la responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta información proporcionada fuera falsa o errónea.
- Me comprometo a proporcionar a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador todos los sustentos que justifiquen la información registrada, mía y de los miembros de mi hogar.
- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a realizar cuanto análisis y verificación se consideren necesarios, pudiendo incluir visitas domiciliarias.

He leído y acepto la declaración del postulante para los fines legales pertinentes.

Firma del postulante (igual que la cédula)

Nombres y apellidos completos:

Firma del Representante (igual que la cédula)

Nombres y apellidos completos:

IMPORTANTE:

Por favor previo a cargar la postulación revisar que se cuente con toda la documentación de respaldo (documentos de ingresos, título de bachiller.). En caso de detectarse que la documentación está incompleta o incorrecta, únicamente se otorgarán 72 horas para cualquier subsanación o corrección.