|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO SIG.JPG | **UNIVERSIDAD DE CALDAS** | |
| FORMATO  SOLICITUD SUBSIDIO DE ALIMENTACIÓN  PROGRAMAS ESPECIALES  OFICINA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO | |
|  | **VERSIÓN: 1** |

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa Académico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Barrio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estrato \_\_\_\_\_\_\_

Teléfono fijo No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EPS: SI\_\_\_ NO \_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los benefactores **(persona(s) que responde(n) económicamente por el estudiante**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de los benefactores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo institucional:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sus padres conviven\_\_\_\_\_ Sus Padres están separados\_\_\_\_ Papá\_\_\_ Mamá\_\_\_ Están fallecidos

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **PARENTESCO** | **EDAD** | **OCUPACIÓN** | **NIVEL DE ESCOLARIDAD** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. LUGAR DE PROCEDENCIA

Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Zona rural del municipio proveniente
2. Municipios fuera del departamento de Caldas
3. Municipios del Departamento de Caldas (menos Manizales)
4. Zona Urbana de Manizales
5. INGRESO MENSUAL FAMILIAR
6. Menos de 1 salario mínimo (SMLV)
7. Entre 1 – 3 SMLV
8. Más de 3 SMLV
9. NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES DEL INGRESO MENSUAL
10. 1
11. Entre 2 y 4
12. 5 o más
13. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ESTUDIANTE
14. Dependiente
15. Independiente
16. Utiliza la modalidad de crédito para pagar su estudio?
17. Si Entidad Financiera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
18. No

De ser aprobada su solicitud, en que Cafetería desea recibir el servicio.

Cafetería Central Cafetería Campus Palogrande Cafetería Facultad de Ciencias para la Salud

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante Firma del benefactor

Certifico que los datos que he proporcionado son ciertos y verificables. Tengo conocimiento que la falsedad en documentos o información suministrada acarreará las sanciones penales y administrativas establecidas por la ley.

De igual manera autorizo para que cualquier comunicación que se haga necesario enviar sea remitida al correo electrónico institucional, cabe aclarar que cualquier cambio en los datos que aquí relaciono será mi responsabilidad informarla a la entidad.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

* Formulario diligenciado en su totalidad y firmado. (sin tachones, ni enmendaduras)
* Carta justificando porque requiere el servicio, debidamente firmada.
* Soportes de lo manifestado en la solicitud (disminución de ingresos, pérdida de empleo, separación de los padres, independencia económica, cambio de benefactor, entre otras)

**CONCEPTO DE LA OFICINA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO** (espacio exclusivo para la Universidad)

* **Aprobado: SI \_\_\_ NO\_\_\_**

**Concepto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Jefe de Oficina Coordinador**

**Bienestar Universitario Promoción socioeconómica**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Director de Programa**