



**Programa Adolescente Madre
Componente: Beca Educativa**

Anexo #4

Formulario #1

FORMULARIO N° 1

**SOLICITUD DE BECA EDUCATIVA PARA ADOLESCENTE MADRE
CONDICIÓN: NUEVO INGRESO
OFICINA LOCAL _____**

CONSIDERACIONES IMPORTANTES ACERCA DEL TRÁMITE DE SOLICITUD DE BECA DE NUEVO INGRESO

- Este Formulario de Solicitud de Beca de Nuevo Ingreso ha sido diseñado para obtener la información requerida por parte del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) acerca de diversas condiciones personales, académicas y familiares de la estudiante solicitante a beca. Esta información ayudará a determinar si califica para la beca educativa.
- La información y documentación aportada por la solicitante es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL** y forma parte del expediente que se mantendrá en custodia del PANI.
- La asignación de la beca educativa queda sujeta a los criterios de selección y la disponibilidad presupuestaria del PANI.
- Toda la información incluida en el formulario podrá ser verificada por parte del PANI mediante visitas domiciliarias, entrevistas, coordinación interinstitucional e información de la comunidad o cualquier otro medio que considere necesario.
- **Para consultas o dudas sobre el llenado del presente formulario o sobre el proceso de la beca, favor llamar a la Línea Adolescente Madre al número GRATUITO 800-226-26-26, en horario de lunes a viernes (incluyendo feriados) de 7:00am a 10pm.**

NO SE RECIBIRÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

1. Complete todas las casillas de forma clara y veraz. Cualquier dato falso o información que omita invalida la solicitud y será sancionada/o según estipulaciones reglamentarias.
2. Complete las casillas de cada uno de los apartados de la solicitud. **Debe utilizar bolígrafo, no utilizar corrector y no hacer tachones** ya que puede invalidar la solicitud.
3. Adjunte todos los documentos según lo detallado en la hoja del Comprobante de recepción de requisitos para solicitud de beca educativa de nuevo ingreso (Formulario No. 2).
4. Los formularios con información o requisitos incompletos **no podrán ser recibidas.**

FECHA: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. DATOS DE LA ESTUDIANTE

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

CONDICIÓN: ☐ EMBARAZO
☐ MATERNIDAD
☐ AMBAS

NACIONALIDAD _____

NÚMERO DE CÉDULA, DIMEX, PASAPORTE U OTRO _____

**Para mayor información, llamar a la LÍNEA ADOLESCENTE MADRE 800-226-26-26 (LÍNEA GRATUITA)
Horario de atención: de lunes a viernes de 7:00am a 10:00pm (incluyendo días feriados)**



Programa Adolescente Madre
Componente: Beca Educativa

Anexo #4

Formulario #1

INFORMACIÓN ACERCA DEL PROGENITOR (PADRE BIOLÓGICO) DEL HIJO(S) O HIJA(S) DE LA SOLICITANTE DE BECA (Marque con X sí o no)		
¿LA ADOLESCENTE MADRE TIENE CONTACTO CON EL PROGENITOR DE SU HIJO(S) Y/O HIJA(S)?	SÍ	No
¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL PROGENITOR Y SU HIJO(S) Y/O HIJA(S)?	SÍ	No
¿EL PROGENITOR O PERSONA PROGENITORA PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LA CRIANZA DE SU HIJO(S) Y/O HIJA(S)?	SÍ	No
¿EL HIJO(S) Y/O HIJA(S) DE LA SOLICITANTE ESTÁ RECONOCIDO (A) LEGALMENTE POR LA PERSONA PROGENITORA? ES DECIR, ¿EL HIJO(S) Y/O HIJA(S) TIENE SU APELLIDO?	SÍ	No
¿EL PROGENITOR O PERSONA PROGENITORA ASUME LA RESPONSABILIDAD DE LOS GASTOS ECONÓMICOS DEL HIJO(S) Y/O HIJA(S) QUE TIENE CON LA SOLICITANTE DE BECA?	SÍ	No

5. DATOS DEL CENTRO EDUCATIVO

NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO AL QUE ASISTE: _____

GRADO O NIVEL QUE CURSA: _____ SECCIÓN: _____ TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN: _____

DIRECCIÓN EXACTA DEL CENTRO EDUCATIVO EN QUE ESTUDIA:

CAMPO OBLIGATORIO*

6. CORREO Y/O FAX PARA RECIBIR NOTIFICACIONES EN EL CENTRO EDUCATIVO:

CORREO: _____

FAX: _____

MODALIDAD EDUCATIVA:	Marcar con X
Convencional	
Diurna	
Nocturna	
Flexible	
Educación abierta	

Para mayor información, llamar a la LÍNEA ADOLESCENTE MADRE 800-226-26-26 (LÍNEA GRATUITA)
Horario de atención: de lunes a viernes de 7:00am a 10:00pm (incluyendo días feriados)



Programa Adolescente Madre
Componente: Beca Educativa

Anexo #4

Formulario #1

Marco Tulio Salazar	
CINDEA	
IPEC	
Aula abierta	
Instituto	
Maestro en casa	
Distancia	
Educación Superior	
Universitaria	
Técnica	



Programa Adolescente Madre
Componente: Beca Educativa
Anexo #4

Formulario #1

II. DATOS DELGRUPO FAMILIAR DE LA ESTUDIANTE SOLICITANTE

Llene el siguiente cuadro con los datos de cada uno de los miembros del grupo familiar. Debe iniciar con los datos de la estudiante solicitante.

Considerar lo siguiente:

- a) **Grupo familiar:** total de personas que viven con la estudiante solicitante en su hogar. Debe anotar a TODOS/AS. Si el/la bebé de la adolescente madre ya nació, también debe incluirse.
- b) **Parentesco:** grado de consanguineidad o afinidad con la estudiante solicitante a la beca. Ej.: madre, padre, hermano(a), primo(a), tío(a), sobrino(a), hijo(a), entre otros.
- c) **Escolaridad:** sin estudios, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, universidad completa o incompleta.
- d) **Ingresos mensuales:** monto total que recibe cada miembro de la familia por concepto de ingresos por cuenta propia, salarios, beca, pensiones, alquileres, entre otros. Respecto al salario o ingreso mensual, anote el SALARIO SIN REBAJOS.
- e) **Total de ingresos:** La suma total de los montos de la columna Ingreso Mensual.

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	PARENTESCO CON LA/EL ESTUDIANTE QUE SOLICITA LA BECA	ESTUDIANTE		BECA		ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	Firma de los miembros del grupo familiar (en caso de ser menor de edad debe firmar la persona responsable, excepto los mayores de 15 años).
						SI	NO	SI	NO				
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	
												¢	

OTROS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

	INGRESO MENSUAL	Firma de la persona responsable de la estudiante solicitante
Ayuda económica de familiares, de particulares u otras ayudas (Fundaciones, grupos religiosos, organizaciones comunales, entre otros)	¢	
Subsidios (ayudas, pensiones) del Estado (IMAS, CCSS, CNREE, Municipalidades y otros)	¢	
Pensión voluntaria y/o judicial	¢	
Ingresos (lo que usted recibe) por concepto de alquileres de locales, casas, cocheras, lotes, vehículos, entre otros	¢	
Otras ayudas que usted recibe en especie (ayudas con productos, no con dinero)	¢	

Para mayor información, llamar a la LÍNEA ADOLESCENTE MADRE 800-226-26-26 (LÍNEA GRATUITA)
Horario de atención: de lunes a viernes de 7:00am a 10:00pm (incluyendo días feriados)



Programa Adolescente Madre
Componente: Beca Educativa
Anexo #4

Formulario #1

TOTAL DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR		¢	
--------------------------------------	--	---	--



Programa Adolescente Madre

Componente: Beca Educativa Anexo #4

Formulario #1

III. CONDICIONES GENERALES DEL GRUPO FAMILIAR Y LA SOLICITANTE

RECUERDE: Debe responder **TODAS** las preguntas, de no hacerlo la solicitud no será tramitada. La falsedad de la información anula esta solicitud.

1. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Marque con **X** la opción que corresponde para cada una de las preguntas planteadas:

1. ¿La estudiante que solicita la beca trabaja o brinda algún servicio y recibe un salario o remuneración? SI NO

2. ¿La solicitante cuenta con el apoyo económico de su familia? SI NO

2. BIENES DEL GRUPO FAMILIAR Y DE LA SOLICITANTE

Marque con **X** la opción que corresponde para cada una de las preguntas planteadas:

1. ¿Posee algún miembro del grupo familiar, incluyendo a la solicitante, bienes inmuebles como: ¿fincas, lotes, casas, apartamentos, locales, bono de vivienda? SI NO

Describa:

2. ¿Posee algún miembro del grupo familiar, incluyendo a la solicitante, medio de transporte? (carro, camión, buseta, motocicleta, etc.)

SI ☐ NO

Especifique: _____

3. CONDICIONES DE LA VIVIENDA EN LA CUAL HABITA LA SOLICITANTE

Marque con una **X** la opción que corresponda de acuerdo a la condición de la vivienda en la cual habita la adolescente. **Marque solo una opción en las filas de tenencia y estado de la vivienda, en las filas de condición (apostentos y menaje), servicios y comunidad, puede marcar varias opciones.**

Tenencia de vivienda	
Propia hipotecada	
Propia sin hipoteca	
Alquilada	
Prestada	
Donada	
Ubicada en precario	
Otro	
Estado de la vivienda	
Estado de la vivienda es bueno	
Estado de la vivienda es regular	
Estado de la vivienda es malo	

Para mayor información, llamar a la LÍNEA ADOLESCENTE MADRE 800-226-26-26 (LÍNEA GRATUITA)
Horario de atención: de lunes a viernes de 7:00am a 10:00pm (incluyendo días feriados)



Programa Adolescente Madre

Componente: Beca Educativa Anexo #4

Formulario #1

Estado de la vivienda es precario	
Vive en situación de hacinamiento	
La vivienda cuenta con los siguientes servicios	
Agua potable	
Electricidad	
Teléfono fijo	
Teléfono celular	
Internet	
TV por cable o satélite	
Otro	
Aposentos de la vivienda	
Sala	
Comedor	
Cocina	
Baño	
Servicio sanitario	
Dormitorios	
Sala de televisión	
Sala de estudio independiente	
Otro	
Menaje de la vivienda	
Refrigeradora	
Cocina de gas o eléctrica	
Ducha	
Radio o Equipo de sonido	
Televisor	
Lavadora	
Horno de microondas	
Computadora	
PlayStation y/o Wii	
Escritorio o mesa de estudio	
Otro	
Servicios con los que cuenta la comunidad en que vive	
Alumbrado público	
Recolección de basura	
EBAIS o Clínica CCSS	
Centro Educativo	
Transporte Público	



Programa Adolescente Madre

Componente: Beca Educativa Anexo #4

Formulario #1

4. OTRAS CONDICIONES DEL GRUPO FAMILIAR Y LA SOLICITANTE

Marque sí o no según corresponda.

***¿Quién es la persona responsable del cuidado del hijo(s) y/o hija(s) de la solicitante mientras estudia? ¿Dónde se da el cuidado? Explique si esto implica algún costo económico.**

4.1. ASPECTOS EDUCATIVOS

- a. ¿Existe algún problema de aprendizaje en el grupo familiar, incluyendo a la solicitante de beca? SI NO

Especifique cuál _____

- b. ¿Existen antecedentes de exclusión escolar, incluyendo a la solicitante de beca? SI NO

- c. ¿Presenta actualmente la solicitante problemas académicos? SI NO

Especifique

- d. Por lo general, ¿Cuánto tarda la solicitante en trasladarse de la casa en donde vive al centro educativo?

- e. b. ¿Cómo se traslada regularmente la solicitante al Centro Educativo? Explique

4.2. ASPECTOS EMOCIONALES

- a. ¿La solicitante recibe apoyo emocional de su familia? SI NO

- b. ¿La solicitante recibe apoyo emocional por parte del progenitor de su hijo/a? SI NO

- c. ¿Cuenta la solicitante con el apoyo emocional de otra/s personas? SI NO

Especifique

4.2 CONDICIONES DE SALUD

¿La solicitante presenta alguna enfermedad u otra problemática relacionada con su salud?

**Para mayor información, llamar a la LÍNEA ADOLESCENTE MADRE 800-226-26-26 (LÍNEA GRATUITA)
Horario de atención: de lunes a viernes de 7:00am a 10:00pm (incluyendo días feriados)**



Programa Adolescente Madre

Componente: Beca Educativa Anexo #4

Formulario #1

¿El hijo o hija de la solicitante presenta alguna enfermedad u otra problemática relacionada con su salud?

Alguna o algunas personas del grupo familiar, ¿presentan alguna enfermedad crónica, terminal u otra problemática relacionada con su salud?

Ejemplos: Enfermedad crónica (Ej. Diabetes, hipertensión, artritis, etc.) Enfermedad terminal (Ej. Cáncer, SIDA)

Especifique el parentesco y la situación de salud a considerar

4.3. SITUACIONES DE DISCAPACIDAD

¿La solicitante, su hijo o hija, o alguna o algunas personas del grupo familiar, presenta alguna situación de discapacidad?

Ejemplo: Discapacidad física, cognitiva, visual, auditiva, otra.

Especifique el parentesco y la situación a considerar

5. OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD

Alguna persona del grupo familiar, incluyéndose usted, presenta una condición de:

Alcoholismo	Sí	No	¿Quién?
Drogadicción			
Violencia doméstica			
Abuso físico o verbal infantil			
Abuso sexual			
Presencia de embarazo adolescente, aparte de la solicitante			
Privado (a) de libertad			
Menor de 15 años que trabaja			
Otro. Explique			



Programa Adolescente Madre

Componente: Beca Educativa Anexo #4

Formulario #1

Refiérase en el siguiente espacio, a cualquier situación que usted desea ampliar y que podría servir para justificar su solicitud de beca:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODA LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA SERÁ MOTIVO DE EXCLUSIÓN DEL BENEFICIO DE LA BECA Y DARÁ DERECHO AL PANI A COBRARME EL MONTO OTORGADO, SIN PERJUICIO DE LAS RESPONSABILIDADES LEGALES QUE PROCEDAN.

_____ Nombre y apellidos de la estudiante solicitante	_____ Cédula	_____ Firma
--	-----------------	----------------

_____ Nombre y apellidos de la persona encargada de la Solicitante	_____ Cédula	_____ Firma
--	-----------------	----------------

(SOLO EN CASO QUE LA PERSONA SEA MENOR DE 15 AÑOS)

****Nota:** la firma de la persona responsable debe ser igual a la que aparece en su cédula de identidad, residencia, pasaporte, carnet consultar o DIMEX.