



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE
TEMUCO

Universidad Católica de Temuco

DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Código: SGC PS-FOR-DBE
0007
Versión: 00
Fecha de vigencia:
27/04/2026
Páginas: 1 de 2

NOMBRE POSTULANTE	
RUN	

IDENTIFICACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

NOMBRE COMPLETO	
RUN	
N° DE CONTACTO (Celular – red fija)	
DIRECCIÓN (Calle, N° y comuna)	
OCUPACIÓN	
N° DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	

GASTOS FAMILIARES (Declarar gastos a pagar mensualmente, no deudas totales que posean)

DETALLE	Monto Mensual (\$)
Alimentación	
Arriendo o dividendo	
Luz y agua	
Locomoción	
Combustible (gas, parafina, leña, bencina, etc.)	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	

Elaborado por:
Profesional Responsable de Calidad de la unidad

Revisado por:
Profesional Responsable de Calidad de la unidad

Aprobado por:
Director de Bienestar
Estudiantil



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE
TEMUCO

Universidad Católica de Temuco

DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Código: SGC PS-FOR-DBE
0007
Versión: 00
Fecha de vigencia:
27/04/2026
Páginas: 2 de 2

Internet	
Educación (Centro de padres, escolaridad, letras, etc.)	
Vestimenta	
Salud (tratamientos médicos, medicamentos)	
Varios (útiles de aseo, recreación, cuotas, etc.)	
TOTAL	\$

Observaciones:

Declaro que la información entregada en este documento es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, el beneficio al que postula el estudiante individualizado al inicio del presente documento podrá ser revocado.

Además, faculto a la Dirección de Bienestar Estudiantil a solicitar la documentación necesaria para la evaluación de la situación socioeconómica de mi grupo familiar durante todo el periodo que se haga efectivo el beneficio.

Firma postulante

Firma jefe de hogar

Fecha: ____/____/____

Nota: Se debe adjuntar 3 boletas que respalden gastos mensuales del grupo familiar.

Elaborado por:
Profesional Responsable de Calidad de la unidad

Revisado por:
Profesional Responsable de Calidad de la unidad

Aprobado por:
Director de Bienestar
Estudiantil