

FORMULARIO PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DE BENEFICIOS ESTUDIANTILES

1.- ANTECEDENTES GENERALES

DATOS DEL ESTUDIANTE

Rut estudiante: _____ DV: ____
Nombres estudiante: _____
Apellido paterno: _____
Apellido materno: _____
Teléfono (Cód. Área) _____ Número: _____
Celular (+56) _____ Número: _____
E-mail: _____ @ _____

DATOS DE LA CARRERA

Nombre institución _____
Nombre carrera: _____
Año de ingreso: _____

DATOS DE BENEFICIOS (marque con X el(los) beneficio(s) que tiene)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gratuidad | <input type="checkbox"/> Hijas/os de Profesionales de la Educación |
| <input type="checkbox"/> DTE ¹ o Puntaje PAES/PDT | <input type="checkbox"/> Reparación - Titular Valech |
| <input type="checkbox"/> Bicentenario | <input type="checkbox"/> Reparación - Traspaso Valech |
| <input type="checkbox"/> Juan Gómez Millas | <input type="checkbox"/> Cumplimiento de Sentencias y Acuerdos |
| <input type="checkbox"/> Vocación de Profesor | <input type="checkbox"/> Continuidad de Estudios para instituciones |
| <input type="checkbox"/> Excelencia Académica | en cierre (U.del Mar, U. ARCIS, U. |
| <input type="checkbox"/> Nuevo Milenio o Excelencia Técnica | Iberoamericana, U. del Pacífico) |
| <input type="checkbox"/> Articulación | |

¹ DTE: Distinción a las Trayectorias Educativas

2.- ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN (marque con una x los semestres de suspensión)

2026	1° semestre
	2° semestre

Motivo de Suspensión (marque con x)

- 1. Estudiante cuidador en situación de embarazo.
- 2. Cambio en la situación socioeconómica del grupo familiar.
- 3. Jornada laboral del estudiante impide continuidad de estudios.
- 4. Cambio de ciudad de residencia del estudiante.
- 5. Falta de carga académica del estudiante que impide la continuidad de estudios.
- 6. Pasantía en el extranjero.
- 7. Problemas de salud del estudiante.
- 8. Problemas de salud de un integrante grupo familiar directo.
- 9. Estudiante cuidador padre o madre, o al cuidado personal de una niña o niño.
- 10. Condena Judicial.
- 11. Otro (para situaciones no contempladas en el listado).
- 13. Estudiante cuidador principal de una persona con discapacidad o dependencia.

Declaro conocer que la suspensión de mi(s) beneficio(s) queda sujeta a la aprobación del Ministerio de Educación.

FIRMA BENEFICIADO

FECHA DE SOLICITUD

NOMBRE RESPONSABLE
INSTITUCIÓN

FECHA Y TIMBRE
INSTITUCIÓN

Observaciones Institución:
