EMBAJADA DE FRANCIA EN GUATEMALA	**F O R M U L A R I O D E S O L I C I T U D D E B E C A S E S C O L A R E S** En beneficio de los menores franceses residiendo con sus familias en el extranjero. (en aplicación de los artículos D531-45 a D531-51 del Código de la Educación) *Ministerio de Relaciones Exteriores* ***Agence pour l'enseignement français à l'étranger - 19/21 rue du colonel Pierre Avia - 75015 PARIS***

Todos los espacios deben ser completados. Si la pregunta no aplica para su situación, escribir « néant ».

AÑO ESCOLAR : 2019/2020		**Primera solicitud**		**Renovación**	**n° de familia :** **No llenar este espacio**

Apellido y nombre del solicitante : . …… . . .
Número de inscripción en el Registre mondial des Français établis hors de France: ……
Nacionalidad: ……..……..
Lazo familiar con el o los menores para quienes solicita las becas : ……
Dirección : ……..
N° de teléfono y celular : ……...
Correo electrónico : ……
Fecha de llegada al país : ……...
Ultima dirección en Francia : ……
Número de afiliación a la Caisse d'allocations familiales (CAF): ……
Entidad que paga las prestaciones (departamento en Francia) : ……

-/- *Información relativa a la familia*

✔ ***Situación familiar :*** Casado(a) Divorciado(a) Concubinato

Soltero(a) Viudo(a) Separado(a) PACS

✔ ***Composición del hogar :***

	Padre	**Madre**	**Otro**
Apellido			
Nombre			
Fecha de nacimiento			
Lugar y país de nacimiento			

*****(menores cuya familia descrita arriba asegura su manutención).***

Menor a cargo** APELLIDO	***Nombre***	***Fecha de nacimiento***	**Nacionalidad**	***Lugar de residencia***	***N °matrícula consular NUMIC***

Si la familia tiene a cargo más de 7 menores, mencionar en hoja aparte el resto de los menores a partir del octavo.

Cuadro reservado a la administración

Año anterior :
Porcentaje :
Decisión :

Expediente recibido el :

Completo
Incompleto

Proposición CLB

Motivo :

Decisión Agence (luego de la CNB)

Motivo :

✔ ***Menor(es) discapacitado(s) a cargo*** (apellido, nombre, edad y nivel de discapacidad)
....
.....

✔ ***Residencia actual***

Es usted propietario de su residencia : SI NO
Superficie :…….Número de unidades (habitaciones, sala y comedor) .....
Número de personas que ocupan la residencia : .....

✔ ***Situación profesional***	**Padre**	**Madre**	**Otro**
Profesión *(si está desempleado, indique desde qué fecha)*			
Empleador			

Si usted es empleado, tiene algún vínculo con su empleador? (familiar, sociedad…).....
.....

✔***Beneficios acordados por el empleador o por allegados***

Beneficios recibidos de su empleador o de su familia, (enumerar) .....
vehículo..... electricidad.....
Alojamiento financiado ..... gas.....
Tiquetes de avión ..... agua.....
residencia secundaria ..... teléfono(s).....
Calefacción ..... alimentación……

✔***Vehículos personales***	**Nro**	**Modelo**	**Fecha de compra**	**Valor de compra**
automóvil				
Moto				
Barco				
Otro				

✔ ***Ayudas a la escolarización:***

¿Es usted beneficiario de otra ayuda para la escolarización de sus hijos ? : .....
.....
Entidad que contribuye con esta ayuda (empleador, país de acogida…) :.....
.....

✔ ***Hobbies/Viajes***

¿Son los miembros de la familia socios de algún club (deportivo, social, otro)? ¿Cuáles? .....
.....
¿Durante estos dos últimos años, cuántas veces han viajado al exterior, por motivos diferentes a trabajo, los miembros de la familia? *(especificar destinos y fechas)*.....
.....
.....

✔ ***Personal de servicio***

Número :……. Empleados(s) ocupados : …….……Costo anual : ….....

-//- Información sobre los menores para quienes se solicita una beca

APELLIDO y Nombre	Establecimiento escolar	Clase	Naturaleza de las becas solicitadas * *Marque las casillas correspondientes a las becas que desea solicitar*									
			S	S1	SA	T	V	D	E	I	N	TB

**** NATURALEZA DE LAS BECAS***

*.Pensión/Frais de scolarité (**S**); Primera inscripción/1ère Inscription (**S1,** solo para los liceos de Pereira y Cali); Matrícula/ Inscription annuelle (**SA**); Transporte escolar (**T**); Ttransport individual (**V**) **en ningún caso cubre la utilización de un vehículo personal);** Alimentación/Demi-pension (**D**); Manuales y útiles escolares (**E**); Internado (**I**); Derecho de inscripción a los exámenes (**N**); Transporte para presentar los exámenes (**TB**)*

Visa du (des) Chef(s) d'établissement (en cas de dépôt du dossier auprès des services de l'établissement).
En cas de 1ère demande, indiquer si les enfants sont inscrits dans l'établissement au jour de la demande de bourses.

Observations éventuelles :

RESPONDER OBLIGATORIAMENTE : ***Precise las razones por las cuales solicita las becas de transporte y/o alimentación (ej : distancia entre el colegio y el domicilio, trabajo de los padres…):*** .....
.....
.....
.....

« Yo, el/la suscrito (a), (apellido, nombre) ……..……..., declaro bajo gravedad de juramento haber entregado la información completa y exacta en la presente solicitud, a sabiendas de que toda imprecisión u omisión podrá conducir a la exclusión del sistema de ayuda a la escolaridad (artículo D531-49 del Código de la Educación). Así mismo, doy fe de que actualmente no recibo ninguna prestación social sometida al principio de residencia en Francia. »

Firma :

Se firma el **en**

.La ley 78-17 del 06/01/1978 modificada relativa a la informática, a los archivos y a las libertades se aplica a las respuestas de este formulario. Garantiza un derecho de acceso y de rectificación sobre los datos que le conciernen a la persona, ante la entidad diplomática o consular que examinó su solicitud.

Cuadro reservado a la administración

Observaciones particulares :

Encuesta social : OUI NON Date :

Conclusiones de la encuesta :

Encuesta fiscal : OUI ☐ NON ☐ Date :

Conclusiones de la encuesta:

DECLARACION BAJO EL HONOR DE LOS RECURSOS Y DEL PATRIMONIO

1. Recursos y gastos anuales ***Año de referencia 2018*** *(en caso de ausencia de recursos, poner "cero")*

RECURSOS ANUALES	**Padre**	**Madre**	**Otro**
Ingresos brutos **antes de toda deducción**, (salarios, pensiones, indemnizaciones y subsidios, herencias o ayudas de toda naturaleza…)			
Pensión alimentaria recibida			
Ingresos financieros (inversiones financieras en acciones....)			
Ingresos de bienes raíces (arrendamientos…)			
Ayuda familiar			
Monto total de beneficios recibidos (alojamiento gratuito, tiquetes de avión …)			
TOTAL			
GASTOS ANUALES			
Prestaciones sociales obligatorias (seguro médico, EPS, prepagada, pensión, CFE)			
Impuesto a los ingresos (declaración de renta o certificado de ingresos DIAN)			
Pensión alimentaria pagada			
TOTAL			

2. Patrimonio de bienes raíces *(en caso de ausencia de patrimonio, poner « cero » en la o las líneas correspondientes)*

Tipo	**Nro**	**País-Ciudad**	**Fecha de adquisición**	**Valor de compra**	**Monto del aporte inicial**	**Deuda pendiente por pagar**	**Superficie**
Residencia principal							
Residencia(s) secundaria(s)							
Edificio(s)							
Apartamento(s)							
Comercio(s) (local…)							
Terreno(s) agrícola(s)							
Terreno(s) para construcción (lote…)							
TOTAL							

3. Ingresos financieros *(en caso de ausencia de ingresos financieros, poner « cero » en la línea "total")*

Tipo : (acciones, bonos, seguro de vida, otras inversiones…)	**Monto**
TOTAL	

4. Saldos en cuentas bancarias *(cuentas corrientes, de ahorros…)*

Tipo de cuenta	**Entidad bancaria**	**Saldo**
TOTAL		

« Certifico bajo gravedad de juramento que las cifras aquí declaradas son exactas y completas. Tomo nota de que toda declaración incompleta o inexacta me expone a la exclusión del sistema de ayuda a la escolaridad (artículo D531-49 del Código de la Educación). »

Hecho el.....en ..... **Firma :**