

PROGRAMA DE BECAS C.B.S. SHALOM

FORMULARIO 001023

Llenar con letra de molde clara en los espacios sombreados

Fecha:	
--------	--

No.	
-----	--

Nombre del Padre:			
Edad:		Número de hijos:	¿Cuántos viven en casa con Usted?

Cuántos más viven en su casa:		¿Qué relación tiene con Usted?	
		1	
		2	
		3	
		4	

No. de Teléfono:		No. de WhatsApp:	
No. de Teléfono Alterno:		Correo Electrónico:	
Página de Facebook:			
Dirección de su Residencia:			
Lugar de Trabajo:			
Dirección del Trabajo:			
Teléfono del Trabajo:			
Nombre de Empleador:			
No. Teléfono del Empleador:			

Si no trabaja para alguna empresa, indique de donde provienen sus ingresos:

Nombre del alumno para quien solicita la Beca:	
Edad:	Grado a Cursar:

Nombre de la Madre:			
Edad:	No. de Teléfono:	No. de WhatsApp:	
	No. de Teléfono Alterno:		
Correo Electrónico:			
Página de Facebook:			
Dirección de su Residencia:			

Nombre del Encargado:			
Edad:	No. de Teléfono:	No. de WhatsApp:	
	No. de Teléfono Alterno:		
Correo Electrónico:			
Página de Facebook:			
Dirección de su Residencia:			

Entregar Físicamente en

Instalaciones de Colegio Bautista Shalom