

"Encendamos juntos la luz"

Proceso Solicitud de Subsidio Comedor Estudiantil. 2024

Nombre completo de la persona estudiante: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Nivel para 2024: _____ Plan Nacional () STN()

Especialidad: _____ Correo Electrónico (MEP): _____@est.mep.go.cr

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____. Nacionalidad: _____

Cantón: _____ Distrito: _____ Poblado: _____ Dirección Exacta: _____

Género: Masculino Femenino Prefiero no decirlo.

Nombre del Encargado(a): _____ Cédula: _____

Género: Masculino Femenino Prefiero no decirlo. Nacionalidad: _____

Teléfono: _____

PARA USO DEL CENTRO EDUCATIVO

Fecha de entrega: ____ / ____ / _____

FORMULARIO #: _____

Ingreso Per Cápita: ₡ _____

Persona que recibe: nombre y firma

Requisitos de Entrega Formulario Subsidio Comedor Estudiantil

S/NO

Documento de identificación miembros de la familia (**únicamente para caso de personas extranjeras, las personas Costarricenses "NO" deben adjuntar cédulas ya que esa información se obtienen del Registro Civil**)

Constancia o nota hecha a mano de que recibe o no recibe pensión alimentaria. (**Únicamente cuando el estudiante "NO" viva con su padre biológico**)

Constancia de Salario o "**Declaración Jurada de Ingresos**" (si es Trabajador independiente, o no puede obtener constancia alguna) que consigne el ingreso **BRUTO MENSUAL (NO EL LÍQUIDO)** de cada uno de los miembros del Hogar que posean empleo. (**NO ORDEN PATRONAL**)

Nota escrita a mano indicando otras ayudas que ingresan al hogar. En caso de los solicitantes que reciban algún tipo de ayuda de personas externas al núcleo familiar. (Incluye también ayudas de abuelos, entre otros). **Debe indicarse el modo de subsistencia de la familia.**

En caso de realizar más de una solicitud por familia, se debe adjuntar documentos por igual en cada formulario. Recuerde que todos los años deben realizar la solicitud, de no presentarla no se registra en el listado de beneficiarios.

“Encendamos juntos la luz”

“DECLARACION JURADA DE INGRESOS”

Doy fe de que los datos aquí consignados son fidedignos y autorizo para que los mismos pueden ser verificados en el momento que funcionarios competentes de la DPE estimen conveniente y oportuno:

Nombre estudiante: _____ Centro Educativo: **CTP de Puriscal** .

Yo _____ encargado legal del estudiante, mayor, portador de la cédula _____ vecino de _____ declaro bajo **gravedad de juramento** que obtengo **INGRESOS BRUTOS MENSUALES** (sin rebajar gastos) estimados por _____ colones. Estos ingresos provienen de la actividad laboral en que me desempeño como (detalle actividad) _____ a la cual le dedico ____ horas al día, durante ____ días a la semana.

SI debo realizar los siguientes gastos mensuales (**No debe incluir gastos del hogar**). **Debe completar el cuadro. (Se marca SI sólo si es trabajador independiente y debe incurrir en estos gastos.**

NO incurro en gastos de operación (**ejemplo: servidoras domésticas, peón agrícola, jornalero, chambero**). **AVANCE HASTA LA ÚLTIMA SECCIÓN Y FIRME LA DECLARACIÓN.**

Gastos derivados de la actividad que realiza	Monto mensual en colones	Gastos derivados de la actividad que realiza	Monto mensual en colones
Salarios pagados a empleados/ aguinaldos	¢	Impuestos nacionales (renta, municipales, patentes)	¢
Cargas sociales	¢	Transporte (pasajes, gasolina, alquiler vehículo, fletes)	¢
Pago de local de trabajo (alquiler o hipoteca) Servicios (electricidad, agua, teléfono, internet)	¢	Servicios técnicos (reparaciones) y servicios profesionales (legales, contabilidad)	¢
Compra mercadería, materia prima	¢	3. Otros. Especifique _____	¢
Préstamos de la actividad	¢	GASTOS TOTALES DE LA ACTIVIDAD	¢

Por tanto, los **INGRESOS NETOS** (ingreso bruto menos gastos derivados de la actividad que realiza) son: _____ colones.

Firmo _____ esta declaración en _____ (lugar) a los ____ días del mes _____ del año 202____

Este cuadro debe estar completo y firmado.

“Encendamos juntos la luz”

DATOS GRUPO FAMILIAR SOLICITANTE

Complete el siguiente cuadro con los datos de cada uno de los miembros del grupo familiar (todos los que viven bajo el mismo techo, incluyendo a la persona estudiante donde dice “**SOLICITANTE**”) Debe considerar lo siguiente:

- a) **Parentesco:** grado de consanguinidad con el solicitante, Ejemplo: *madre, padre, hermano(a), primo(a), tío(a), sobrino(a), entre otros.*
- b) **Escolaridad:** *sin estudios, primaria completa ó incompleta, secundaria completa ó incompleta, universidad completa ó incompleta.*
- c) **Ingresos mensuales:** monto total que recibe cada uno de los miembros de la familia por concepto de ingresos por cuenta propia, salarios, beca, pensiones, alquileres, entre otros. (anote el **SALARIO BRUTO**) (UNICAMENTE SE DESCONTARÁ EL 10,50% POR CONCEPTO DE CARGAS SOCIALES)

RECUERDE: DEBE ADJUNTAR LAS CONSTANCIAS SALARIALES O DECLARACIONES JURADAS DE INGRESOS O NO INGRESOS POR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR.

#	Nacionalidad	Cédula	Nombre del integrante	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual
1					SOLICITANTE			₡
2								₡
3								₡
4								₡
5								₡
6								₡
7								₡
8								₡
9								₡
TOTAL DE INGRESOS FAMILIARES								₡
OTROS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR								
Ayuda Económica de familiares y/o particulares u otras ayudas económicas. Indique: _____								₡
Pensión: (Marque con “x”) Voluntaria () Invalidez, Vejez y Muerte () Caso Especial () (Monto por Alimentaria debe incluirse arriba)								₡
Ingresos por concepto de alquileres de locales, casa, cocheras, lotes, vehículos, entre otros.								₡
(Comprende Total de Ingresos Familiares más otros ingresos) TOTAL GENERAL DE INGRESOS FAMILIARES:								₡

“Encendamos juntos la luz”

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es veraz y que cualquier falsedad me hará acreedor de la pérdida del beneficio solicitado, sin perjuicio de las responsabilidades legales que procedan. Así mismo, me comprometo a cumplir con los lineamientos de los Programas de Equidad y Comité Institucional de Salud y Nutrición. En caso de incumplir con las normativas, tanto Programas de Equidad como el Comité Institucional de Salud y Nutrición podrán suspender el beneficio.

_____	_____	_____
Nombre del encargado legal del solicitante.	Número de Cédula	FIRMA.
_____	_____	_____
Nombre del solicitante.	Número de Cédula	FIRMA. (sólo estudiantes STN)

Recuerde que todos los años deben realizar la solicitud, de no presentarla no se registra en el listado de beneficiarios.

FORMULA PARA OBTENER EL PER-CÁPITA: (USO EXCLUSIVO DEL CENTRO EDUCATIVO)

¢ _____	# _____	¢ _____
(Total de Ingresos)	(Total de Miembros)	(Monto Per-cápita)