



Becas Ley

LEY 20.843 (Beca Padrinazgo Presidencial)

RENOVACIÓN 2024

Ver Documentación a presentar en pág. 4

1 - DATOS DEL AHIJADO PRESIDENCIAL POSTULANTE

Apellido y nombre (*) _____

DNI (*) | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento (*) ____ / ____ / ____ Edad _____

Sexo F M Género autopercebido

Calle (*) _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____

Barrio _____ Manzana _____ Casa _____

Localidad _____ C. P. _____

Provincia _____

Teléfono Particular (_____) | | | | | | | | | | (0000) 1111 1111

Celular (*) (_____) 15 - | | | | | | | | | | (0000) 1111 1111

Correo electrónico (*) _____ @ _____

2 - DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE

El adulto responsable será el alumno a partir de 18 años de edad. Caso contrario, deberá ser la madre, el padre o el tutor. Si el responsable es un tutor, deberá enviar la Documentación judicial que lo avale.

Apellido y nombre (*) _____

DNI (*) | | | | | | | | | | Vínculo _____ Fecha de nacimiento (*) ____ / ____ / ____

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____

Barrio _____ Manzana _____ Casa _____

Localidad _____ C. P. _____

Provincia _____

Teléfono Particular (_____) | | | | | | | | | | (0000) 1111 1111

Celular (*) (_____) 15 - | | | | | | | | | | (0000) 1111 1111

Correo electrónico (*) _____ @ _____

(*) campos obligatorios

3 - DESEMPEÑO ACADÉMICO (A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD ACADÉMICA)

Nombre y N° del Establecimiento _____

CUE [] [] [] [] [] [] [] [] Anexo [] [] []

Dirección _____

Localidad _____ C. P. _____ Provincia _____

Teléfono ([] [] [] [] [] []) [] [] [] [] [] [] [] [] (0000) 1111 1111

Celular ([] [] [] [] [] []) 15 - [] [] [] [] [] [] [] [] (0000) 1111 1111

En caso de no contar con el tel. de la Institución, consignar el tel. personal de la Autoridad Académica.

Correo electrónico _____ @ _____

¿Es alumno regular en el presente ciclo lectivo? Sí No

¿De qué año y nivel educativo?

Educación Inicial Sala de 3 Sala de 4 Sala de 5

Educación Primaria o equivalente 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°

Educación Secundaria o equivalente 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7°

¿Modalidad? Especial Jóvenes y Adultos Técnico-Prof. Otra ¿Cuál? _____

Educación Superior Carrera _____

¿Aprobó el año cursado durante el ciclo lectivo anterior al actual? Sí No No sabe

Si repitió, especificar motivos _____

Si asistió al Nivel Inicial,

¿Cursó regularmente y/o finalizó el curso correspondiente durante el ciclo lectivo anterior al actual? Sí No

Fecha ____ / ____ / ____ Firma y sello de la Autoridad Académica e Institución _____

4 - SALUD DEL ALUMNO

A) ¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad de tipo permanente? Sí No

¿Cuál/es? _____

B) ¿Tuvo en el último año algún problema de salud que hubiera afectado su rendimiento escolar? Sí No

¿Cuál/es? _____

(De poseer algún problema de salud y/o discapacidad deberá acreditarlo fehacientemente).

5 - DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO ALTERNATIVO

Solo consigne los datos en este punto si necesita que otra persona intermedie por usted para la recepción de correspondencia. En dicho caso se enviarán los Formularios y las notificaciones solo a esa persona y no a usted.

Apellido y nombre _____

Nombre de la Institución de pertenencia de la persona de contacto _____

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____

Barrio _____ Manzana _____ Casa _____

Localidad _____ C. P. _____

Provincia _____

Teléfono (_____) _____ (0000) 1111 1111

Celular (_____) 15 - _____ (0000) 1111 1111

Correo electrónico _____ @ _____

6 - INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL COBRO DE LA BECA

La beca se pagará en la misma cuenta bancaria que el año anterior. Si usted cerró esa cuenta indique la siguiente información de la nueva cuenta.

CUIL/CUIT [_____] - [_____] - [_____] Banco _____

CBU [_____]

Adjunte la constancia bancaria del nuevo CBU. Recuerde que la nueva cuenta debe pertenecer al adulto responsable.

Si no tiene cuenta nueva se le abrirá una cuenta en el Banco de la Nación Argentina por parte de este organismo. Indique la sucursal del Banco Nación más cercana a su domicilio.

Nombre de la sucursal _____ Número de sucursal _____

Dirección _____

Me notifico que la información consignada precedentemente tiene carácter de declaración jurada. El falseamiento de los datos implicará la cancelación del beneficio.

Apellido y nombre de la persona que se constituye en Adulto Responsable

Lugar y fecha

Firma

El envío del Formulario y su Documentación por correo electrónico NO es confirmación de recepción. Usted recibirá por la misma vía el aviso de RECEPCIÓN de la Documentación. Caso contrario escriba a becasley@educacion.gob.ar

Para quienes cursan el Nivel Inicial

- **Formulario completo.**
- Constancia de alumno regular original, del presente ciclo lectivo, con los siguientes datos: nombre completo, N° de DNI, sala y sección a la que asiste el alumno; fecha de emisión, firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.
- Constancia de finalización del curso de Nivel Inicial durante el ciclo lectivo anterior.

Para quienes cursan el Nivel Primario o el Nivel Secundario

- **Formulario completo.**
- Constancia de alumno regular original, del presente ciclo lectivo, con los siguientes datos: nombre completo, N° de DNI, grado/año y sección a la que asiste el alumno; fecha de emisión, firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.
- Fotocopia del boletín del año anterior certificada por Autoridad Escolar o constancia de finalización del Nivel Inicial, según corresponda.
- Alumnos que repitieron el año: constancia de alumno regular con datos completos. Fotocopia del boletín del año actual legalizado con firma de autoridad escolar. Informe Pedagógico que explique los motivos de la repitencia, evaluación actual, y si se realiza seguimiento de su situación escolar, por parte del equipo docente del Establecimiento. En el caso de enfermedad, informe de la o del profesional tratante con diagnóstico. Si se presentan fotocopias, deben estar legalizadas por la Autoridad Escolar.

Para quienes cursan el Nivel Superior (Terciario o Universitario)

- **Formulario completo.**
- Constancia de alumno regular original, del presente ciclo lectivo, con los siguientes datos: nombre completo, N° de DNI, nombre de la carrera, año de la carrera que cursa el alumno; fecha de emisión, firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.
- Fotocopia legalizada del título secundario o certificado de título en trámite original (*). (Solo quienes ingresan a la carrera).
- Plan de estudios de la carrera, con firma y sello de la Autoridad Académica competente. (Solo quienes ingresan a la carrera).
- A partir del 2º año de la carrera, analítico parcial original de las materias aprobadas con su respectiva fecha de aprobación con firma y sello de la Autoridad Académica competente, sin enmiendas ni correcciones.

(*) Se acepta como legalización la firma y sello de las Autoridades Académicas, Policía o Juzgados de Paz.

IMPORTANTE

Por favor no olvide llenar toda la información solicitada en las 3 primeras hojas del Formulario y firmarlo.
Adjuntar certificado de alumno regular en curso y copia del boletín/materias aprobadas del año anterior.
De omitir total o parcialmente la Documentación antes solicitada, la beca será denegada.
Es obligatorio informar el correo electrónico y teléfonos actualizados, para recibir la comunicación del pago de la beca.

**Toda la Documentación debe ser enviada por correo electrónico
a becasley@educacion.gob.ar hasta el 28/06/2024**

SOLICITUD DE LA BECA

BECAS LEY

Av. Santa Fe 1548 - Piso 8º frente - C1060ABO - C.A.B.A.

Teléfonos: 011- 4129-1800 INT. 1916 / 6121 / 6085 / 6129 / 6280 // 011- 4129-1913

Correo electrónico: becasley@educacion.gob.ar