**Boleta de actualización de información socioeconómica, familiar y personal**

**para estudiantes con beca socioeconómica en la UNED**

**Indicaciones generales**

El trámite está a cargo de la Oficina de Atención Socioeconómica (OAS) de la UNED, la gestión es personal y debe completar toda la información personal y de su grupo familiar, junto con la documentación probatoria que respalde la situación, consulte la “Guía de documentos para la solicitud de beca socioeconómica UNED”, disponible en la página web de la UNED www.uned.ac.cr, sección Becas, beca socioeconómica o en el siguiente enlace <https://www.uned.cr/qr/DOCSBECAUNED> y <https://www.uned.cr/qr/GUIADOCSAUDIO> (versión en audio). La documentación corresponde a todas las personas que habitan con usted bajo el mismo techo.

La actualización de información socioeconómica tiene validez, cuando la persona estudiante presenta la totalidad de documentos que respalden su situación. En caso contrario, no cumple con lo establecido por el Programa de Becas y está sujeto a una exclusión del Sistema de Becas por omisión de información. En caso de requerir información adicional sobre becas, ingrese al siguiente enlace: <https://www.uned.cr/qr/INFOBECAS>.

**Declaración y compromiso de la persona estudiante**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre completo de persona estudiante) número de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **declaro y acepto** que:

* Comprendo que la entrega únicamente de esta boleta de actualización firmada no dará tramite a la actualización de información, por lo que me comprometo a entregarla junto con toda la documentación probatoria solicitada, así como cualquier otra documentación adicional que la Oficina de Atención Socioeconómica considere para la valoración de la situación socioeconómica, dentro del plazo comunicado. En caso de no hacerlo es posible la exclusión de su beca por omisión de información.
* Declaro que he leído el Reglamento General de Becas para estudiantes de Grado y Pregrado de la UNED, en particular los siguientes artículos:

**Artículo 10:**

“La persona interesada deberá aportar la información y los documentos probatorios que se le soliciten. La información y documentación que el estudiante aporte con su solicitud será estrictamente confidencial y pasará a ser propiedad de la Oficina de Atención Socioeconómica, además, estará **sujeta a la verificación que corresponda por parte de profesionales en Trabajo Social.**” (La negrita no corresponde al original).

**Artículo 21** (se destacan los incisos a,b y c):

“El beneficio de beca se podrá suspender o revocar total o parcialmente por la Oficina de Atención Socioeconómica cuando se dé una variación en las condiciones que motivaron el otorgamiento de la beca por las siguientes causales: **a) Infringir las disposiciones del presente reglamento. b) Omitir información sobre su condición socioeconómica o académica.** c) Brindar información o documentación falsa sobre su condición socioeconómica o académica”.

* Comprendo que el **correo electrónico institucional (****@uned.cr**) **se considera un medio oficial** de envío y recepción de información y comunicación, razón por la cual es obligatorio para la persona usuaria revisarlo frecuentemente, dado que toda gestión hecha a través de este tendrá igual validez a cualquier trámite que se realice mediante papelería física. (artículo 21 Reglamento de Uso de Recursos Informáticos de la UNED).
* **Autorizo** a la UNED a realizar la verificación de la información requerida y se acepta las implicaciones legales de brindar información falsa y/ o incompleta, contempladas en el Reglamento General Estudiantil y en la legislación nacional.
* **Autorizo la consulta o solicitud** de información tanto para la persona estudiante becada como para todas las personas que conforman su grupo familiar, a instituciones públicas y privadas, para profundizar y validar la información suministrada.
* **Autorizo** la incorporación de mi información sociofamiliar, económica y académica enel**Sistema Integrado de Información de Becas Estudiantiles de las Universidades Estatales (SIIBEUNE).**
* He firmado el formulario de actualización y la información registrada es en apego a mi situación personal, familiar y socioeconómica declarada. Dicha firma puede ser física o digital debidamente autorizada por entidad bancaria. En caso de no firmarlo, no se realizará el trámite por encontrarse incompleta.
1. **Datos personales de la persona estudiante con beca vigente en la UNED:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de actualización:** |  |
| **Nombre completo de la persona estudiante con beca:** |  |
| **Número de identificación:** |  |
| **Sede universitaria:** |  |
| **Beca asignada:** |  |
| **Dirección actual:** **País de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Provincia** | **Cantón**  | **Distrito** |
|  |  |  |
| **Detalle la dirección de manera exacta (señale puntos de referencia)** |
|  |
| **Género con el cual se autoidentifica:** |  |
| **Estado civil:** |  |
| **Teléfono celular:**  |  |
| **Teléfono residencial:** |  |
| **Correo electrónico UNED de la persona estudiante (@uned.cr):** |  |
| **Se autoidentifica como indígena**  | ( ) No ( ) Sí. Pueblo de origen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Proceso/s pendiente de resolución** | ( ) Justificación ( ) Cambio de Carrera( ) Seguimiento/Referencia |

1. **Datos académicos de la persona estudiante:**
2. Indique la carrera empadronada y matriculada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Indique el nivel en que se encuentra: (  ) diplomado  (  ) bachillerato (  ) licenciatura
4. Cuenta con un título de bachillerato UNIVERSITARIO, licenciatura, maestría o doctorado de una universidad pública o privada nacional o extranjera

 ( ) Sí ( ) No **(PASE a la sección III).**

### ¿En qué universidad obtuvo el título? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ¿Qué grado académico posee? (  ) bachillerato   (  ) licenciatura (  ) maestría (  ) doctorado

### ¿En qué carrera o carreras obtuvo su título universitario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Principales cambios reportados**
2. ¿Esta actualización fue solicitada por Trabajo Social a través de su correo electrónico? ( ) Sí ( ) No
3. Explique brevemente el **principal motivo** por el cual presentala actualización de la información al Programa de Becas:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Indique si en su grupo familiar se ha presentado uno o varios de los siguientes cambios a partir del momento en que solicitó la beca o de su última actualización de información, si lo requiere puede ampliar la información adjuntando una nota firmada o documentación probatoria que considere pertinente para respaldar la situación reportada en la declaración jurada aclaratoria:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de cambio** | **Indique la fecha en que se presentó este cambio** | **Detalle del cambio según corresponda (persona que lo experimentó, implicaciones y lugar).** |
| Cambio de domicilio  |  |  |
| Cambio en el estado civil de la persona (matrimonio/ unión de hecho/ separación/ divorcio/ viudez) |  |  |
| Embarazo, nacimiento o adopción o acogimiento legal vía PANI de personas |  |  |
| Ingreso o salida de una persona del grupo familiar (llega o deja de convivir un hermano/a, primo/a, tío/a, padre, madre, etc.) |  |  |
| Enfermedad y/o muerte de una persona que conforma el grupo familiar |  |  |
| Disminución en los ingresos por despido o pérdida de empleo o de apoyos estatales, disminución en la pensión alimentaria judicial o voluntaria, reducción de las horas laborales, cambio de puesto o empresa, incapacidad entre otros. |  |  |
| Cambios en los ingresos por inserción laboral, desarrollo de una nueva actividad económica formal y/o informal, aprobación de apoyos estatales, incremento en la pensión alimentaria judicial y/o voluntaria, aumento en la jornada laboral, cambio de puesto o empresa entre otros. |  |  |
| Adquisición/ pérdida de una propiedad, vehículo entre otros |  |  |
| Otra situación. Especifique: |  |  |

1. ¿Cómo le afectan este o estos cambios en la continuidad de los estudios universitarios o a nivel personal? Amplie si se encuentran situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, personas privadas de libertad, procesos legales en proceso entre otros.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ¿Existe otra persona de su grupo familiar que cuente con beca en la UNED?

 ( ) Sí ¿Quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) No

1. ¿Existe otra persona de su grupo familiar que se encuentra realizando un proceso de actualización de información?

 ( ) Sí ¿Quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) No

1. **Información de ingresos del grupo familiar**
2. Indique los datos de las personas que conforman su grupo familiar y que viven con usted bajo el mismo techo, **INCLUYA SU INFORMACIÓN.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo** | **Número de identificación**  | **Edad** | **Parentesco** | **Ocupación** | **Nivel de escolaridad** | **Ingreso bruto mensual (salario o actividad por cuenta propia)** |
| 1. |  |  | Persona becada UNED (usted) |  |  | ₵ |
| 2. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 3. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 4. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 5. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 6. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 7. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 8. |  |  |  |  |  | ₵ |
| 9. |  |  |  |  |  | ₵ |

1. Indique otras fuentes o actividades de ingreso del grupo familiar (tanto de la persona estudiante como de otras personas del grupo familiar). **VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN DEL CUADRO ANTERIOR NO SE DUPLIQUE EN ESTE APARTADO**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fuente de otros ingresos** | **Institución/persona que aporta el ingreso mensual** | **Monto** |
| Pensión alimentaria judicial y/o voluntaria |  | ₵ |
| Pensiones por vejez, vejez anticipada, viudez, orfandad, muerte, régimen no contributivo, discapacidad, entre otras |  | ₵ |
| Ayuda de familiares y/o no familiares |  | ₵ |
| Becas de primaria, secundaria, técnicos o universidad  |  | ₵ |
| Aporte de instituciones  |  | ₵ |
| Intereses por ahorros, depósitos, certificados a plazo |  | ₵ |
| Ingresos por alquiler de cuartos, casas, cocheras, terrenos, carros u otros |  | ₵ |
| Dividendos por participación en sociedades anónimas y/o mercantiles.  |  | ₵ |
| Ingresos por participación en asociaciones (por ejemplo, asociaciones estudiantiles, comunales, ASADA, mujeres, pro vivienda, entre otras) |  | ₵ |
| Crianza o venta de animales y/ o producción de sus derivados |  | ₵ |
| Monto de liquidación /cesantía/ asociación solidarista/Fondo de Capitalización Laboral (FCL) |  | ₵ |
| Monto mensual por incapacidad |  | ₵ |
| Remesas (recibidas por personas externas al grupo familiar) |  | ₵ |
| Otro. Especifique:  |  | ₵ |

1. ¿Usted o alguna persona de su grupo familiar está inscrita como contribuyente tributaria ante el Ministerio de Hacienda?:

 ( ) Sí. Debe llenar el cuadro adjunto ( ) No **(PASE a la pregunta 16).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Actividad económica registrada** | **Ingreso mensual** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

1. ¿Usted o alguna persona de su grupo familiar pertenece a alguna sociedad anónima, mercantil, de responsabilidad limitada?

 ( ) Sí. Debe llenar el cuadro adjunto ( ) No **(PASE a la pregunta 17).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona que integra la sociedad**  | **Cargo que desempeña (junta directiva, accionista)** | **Nombre de la sociedad**  | **Número de cédula jurídica** | **Ingreso mensual** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. ¿Usted o alguna persona de su grupo familiar pertenece a alguna asociación, por ejemplo, asociación estudiantil, comunal, de mujeres, pro vivienda, cantonal, ASADA entre otras?

 ( ) Sí. Debe llenar el cuadro adjunto ( ) No **(PASE a la pregunta 18)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona que integra la asociación** | **Cargo que desempeña (presidente, tesorero)** | **Nombre de la asociación** | **Número de cédula jurídica** | **Ingreso mensual/ subsidios** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **Información de gastos y deudas del grupo familiar**
2. Indique los gastos mensuales del grupo familiar. En caso de compartir gastos o medidores anotar únicamente el monto que asume la familia; además si no tiene dicho gasto anote “0”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de gasto** | **Monto mensual promedio** | **Tipo de Gasto** | **Monto mensual promedio** |
| Alimentación/ artículos de limpieza y aseo personal | ₵ | Remesas enviadas | ₵ |
| Electricidad  | ₵ | Ahorros | ₵ |
| Agua | ₵ | Recreación | ₵ |
| Impuestos municipales/ recolección de basura/ pago cementerio/ limpieza vías | ₵ | Cuido de personas menores de edad, personas adultas mayores o personas con discapacidad/Servicio doméstico y/o guardería | ₵ |
| Estudios | ₵ | Pensión alimenticia judicial y/o voluntaria  | ₵ |
| Vestido | ₵ | Apoyo familiar (fuera del hogar)  | ₵ |
| Celular/es con planes y recargas  | ₵ | Salud fuera de la CCSS | ₵ |
| Teléfono fijo | ₵ | Transporte (autobuses, taxis, combustible) | ₵ |
| Cable/ TV Digital/ plataformas streaming | ₵ | Mantenimiento vehículo | ₵ |
| Internet  | ₵ | Alquiler vivienda | ₵ |
| Seguro voluntario / independiente | ₵ | Servicio de vigilancia privada | ₵ |
| Gas u otro | ₵ | Otros. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_ | ₵ |

1. Indique en este espacio la información sobre las deudas o financiamientos adquiridos por usted o sus familiares, que se encuentran actualmente en pago:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institución acreedora** | **Motivo de la deuda (uso de la deuda)**  | **Monto inicial** | **Saldo actual** | **Cuota mensual** |
| 1. |  | ₵ | ₵ | ₵ |
| 2. |  | ₵ | ₵ | ₵ |
| 3. |  | ₵ | ₵ | ₵ |
| 4. |  | ₵ | ₵ | ₵ |
| 5. |  | ₵ | ₵ | ₵ |
| 6. |  | ₵ | ₵ | ₵ |

1. **Información sobre las condiciones habitacionales**
2. Seleccione la condición de la casa o lugar en el que vive actualmente con su grupo familiar

(  ) Casa propia

(  ) Casa/ cuarto/ apartamento alquilada

(  )  Casa/ cuarto prestado

(  )  Casa en asentamiento informal/ precario

(  ) Vivienda ocasional (albergue, hogar de transición u ocasional)

(  ) Reside en lugar de trabajo

(  ) Persona en situación de calle

1. Seleccione los servicios básicos a los cuales tiene acceso

( ) Servicio de electricidad

( ) Agua potable dentro de la casa

( ) Recolección de basura

( ) La vivienda no cuenta con ninguno de los servicios

1. Anote todos los bienes que posee el grupo familiar **inscritos o no** en el Registro Nacional de la Propiedad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de bien****Mueble (vehículos)****Inmueble (propiedades)** | **Placa o número de finca** | **Persona dueña del bien** | **Uso del bien** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

1. Con respecto a la tenencia de equipo informático seleccione la **principal** opción a la que tiene acceso actualmente seleccione **una** sola opción).

(   ) Computadora propia de uso personal

(   ) Computadora propia de uso familiar

(   ) Computadora prestada por persona externa al hogar

(   ) Computadora prestada por la UNED

(   ) Tableta propia

(   ) Tableta prestada por la UNED

(   ) Teléfono celular

(   ) No tiene acceso a equipo informático

1. Indique el tipo de conexión a internet que **más** utiliza en su lugar de residencia (seleccione **una** sola opción). En caso de responder algunas de las primeras cinco opciones NO debe responder la pregunta 25.

(   ) Conexión fija de uso ilimitado (cable o fibra óptica)

(   ) Por telefonía fija

(   ) Postpago en teléfono celular o Tablet (por datos móviles de uso ilimitado)

(   ) Prepago en teléfono celular o Tablet (por datos móviles de uso limitado)

(   ) Dispositivo wi-fi portátil mediante cable o fibra óptica (MIFI entre otros)

(   ) No tiene ninguna conexión a internet **(PASE a la pregunta 25)**

1. Indique los motivos por los cuales no cuenta con acceso al servicio de internet (pregunta debe ser respondida solamente por la persona que no tiene conexión a internet, puede marcar varias opciones)

( ) No sabe cómo utilizarlo

( ) Costo del servicio o equipo es elevado

( ) No tiene los recursos económicos para adquirir el equipo o servicio

( ) Servicio no disponible en la zona donde vive

( ) Está en proceso de instalación

**VII. Presencia de situaciones sociales y familiares**

1. En su grupo familiar se presentan alguna de las siguientes situaciones:

|  |  |
| --- | --- |
| **Situación** | **Presencia/ persona** |
| Discapacidad o enfermedad crónica en una persona que requiere apoyo permanente   | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No    |
| Personas que requieren cuido por edad (adultas mayores y/ o personas menores de edad)  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No           |
| Alguna persona del grupo familiar con edad entre 18 y 64 años, debe asumir el cuido de otras personas en el hogar, limitando la posibilidad de trabajar y/ o estudiar  |  (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No   |
| Persona privada de libertad  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No           |
| Persona en condición de refugiada  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No           |
| Persona con alguna adicción al alcohol u otras sustancias psicoactivas  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No           |
| Existe alguna situación de violencia física, emocional, psicológica, sexual o patrimonial/material/económica  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No            |
| Existe alguna persona que está o estuvo en un programa de Protección del PANI | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No   |
| Existe alguna persona del grupo familiar que cuente con medidas de protección  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No  |
| Existe alguna persona del grupo familiar en el Programa de Protección a la víctima del Poder Judicial  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No   |
| Situación de desempleo igual o superior a un año  | (  ) Sí ¿quién?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) No  |
| ¿Usted asume la principal responsabilidad de cuido dentro del hogar?  | (  ) Sí. Horas destinadas a cuido \_\_\_\_ (  ) No  |
| ¿Usted es la principal responsable de realizarlos oficios domésticos del hogar?  | (  ) Sí. Horas destinadas a cuido \_\_\_\_ (  ) No  |

1. ¿Cuenta con espacio físico para estudiar en su hogar?

(  ) Sí     (  ) No. Describa el espacio de estudio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuenta con apoyo de su grupo familiar para realizar estudios universitarios?

(   ) Ningún apoyo

(   ) Apoyo económico

(   ) Apoyo emocional/ motivacional/ acompañamiento

(   ) Apoyo emocional/ motivacional/ acompañamiento y apoyo económico

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma de la persona estudiante Fecha**

 (la firma aceptada es: firma digital avalada por entidad bancaria o

 firma a mano; no se acepta imagen de firma)

**En caso de dudas contacte a Trabajo Social, ingresando al siguiente enlace:**

<https://www.uned.cr/qr/TRABAJOSOCIAL>