

Número de personas que viven en el hogar:

| Nombre | Edad | Relación |
|--------|-------|----------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Propiedad o propiedades de la familia:

| Descripción | Valor/costo | Hipotecas/Tasación Cantidad a favor de |
|-------------|-------------|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Relación de deudas

| Concepto de la deuda | Balance | Pago mensual |
|----------------------|---------|--------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Firma de jefe de familia _____ Fecha _____

Firma del Solicitante _____

*** Acompañar con copia de la Planilla de Contribución sobre ingresos.**

Nota:

1. Esta beca comenzará a regir en el primer semestre del curso escolar.
2. Solo cualifican socios de las cooperativas afiliadas y sus hijos.
3. Se otorgará una beca por familia.
4. Enviar solicitud a la Oficina Central de la Cooperativa de Seguros Múltiples.
5. Fecha límite para radicar solicitud es el 31 de mayo de cada año.

Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico
PO Box 363846
San Juan, Puerto Rico 00936-3846
(787) 758-8585 Ext.2401

Certificación:

Certifico que la información que antecede es cierta y correcta. No tengo objeción alguna que se hagan investigaciones tendientes a verificarlas.

Acepto rembolsar a la Cooperativa de Seguros Múltiples de Puerto Rico cualquier cantidad de dinero que en virtud de esta beca reciba, si se descubriera que he brindado información falsa intencionalmente. De recibir la ayuda certifico la usaré únicamente para gastos de estudios. Entiendo que de no cumplir con alguno de los requisitos para la otorgación de la beca, la misma será denegada.

Para uso Oficial: (no escriba en este espacio)

Determinación:

_____ Aprobado
_____ Denegado

Observaciones:

Comité de Beca:

