



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA



**CVE**  
Coordinación de Vida Estudiantil  
Casa Infantil

## Boleta de Solicitud

### Servicio de Casa Infantil Universitaria, Sede de Occidente

Fecha: \_\_\_\_\_

#### **DATOS PERSONALES**

\_\_\_\_\_

Nombre completo	primer apellido	segundo apellido
-----------------	-----------------	------------------

Carné universitario: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Otro número de contacto: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Categoría de beca socioeconómica vigente: \_\_\_\_\_ Nivel académico: \_\_\_\_\_

Carrera (s) que cursa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico institucional: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia por período lectivo virtual: \_\_\_\_\_

#### **ASPECTOS FAMILIARES**

Cantidad de hijos/as y edades: \_\_\_\_\_

Nombre del niño o niña que necesita el servicio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Personas con las que convive en esta cuarentena:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene pareja?: si ( ) no ( ) Sí su pregunta es afirmativa señale sí su pareja convive actualmente con usted ( ) si ( ) no

Es su pareja el padre de su hijo: ( ) si ( ) no

#### **ASPECTOS SOBRE EL PADRE DE SU HIJO**

A qué se dedica el padre de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Recibe pensión o ayuda económica del padre de su hijo/a: si ( ) no ( )

Posee el padre de su hijo/a medidas de protección o alguna restricción legal o administrativa? si ( ) período de vigencia \_\_\_\_\_ no( )

#### **ASPECTOS ECONOMICOS**

Usted trabaja: \_\_\_\_\_

Cuál es la principal fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted pensión alimentaria de parte de su padre?: si ( ) no ( )

¿Recibe su hijo/a pensión alimenticia?: si ( ) no ( )

Recibe apoyo económico de un familiar (diferente de padre y/o madre), institución comunal o de gobierno: \_\_\_\_\_

Alguien más la apoya económicamente: \_\_\_\_\_

### ASPECTOS SOCIOECOMOCIONALES

Quién o quiénes son su apoyo emocional Alguien más la apoya emocionalmente:

\_\_\_\_\_

Anote la existencia de alguna situación familiar, económica, emocional, de salud que usted considere que debemos tomar en cuenta:

\_\_\_\_\_

Anote la condición de los cursos que usted matriculó en el ciclo anterior (aprobado, retirado, perdido, abandonado o suspendido)

Nombre del curso	Condición

Anote el horario de **todos** los cursos que usted matriculó para este ciclo (verano)

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
7:00am						
8:00am						
9:00am						
10:00am						
11:00am						
12:00md						

1:00pm						
2:00pm						
3:00pm						
4:00pm						
5:00pm						
6:00pm						
7:00pm						
8:00pm						
9:00pm						

Anote los espacios que estaría dispuesta a utilizar para talleres, charlas o conversatorio virtuales, así como para **actividades virtuales con su hijo/a**. (Considere espacios de hora y media máximo)

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00am					
10:00am					
11:00am					
2:00pm					
3:00pm					
4:00pm					
5:00pm					

Indique de 1 a 3 (1 mayor 3 menor) el medio electrónico de preferencia para recibir información educativa y psicoeducativa:

- \_\_\_ WhatsApp
- \_\_\_ Correo electrónico
- \_\_\_ Plataforma virtual (zoom)