



Fecha recepción Bienestar Local	
Fecha recepción Bienestar Regional	
FOLIO DE INGRESO	



SOLICITUD DE BENEFICIOS BIENESTAR

ANTECEDENTES DEL SOCIO/A: Activo Jubilado

Nombre y Apellidos			
Cédula de Identidad		Teléfono	
Establecimiento			
Previsión	Fonasa	Isapre	
Seguro Complementario de Salud	Si _____ no _____	¿Cuál?	

ANTECEDENTES CARGA FAMILIAR (Llenar en caso que le corresponda el beneficio)

Nombre y apellidos	
Cédula de Identidad	

TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR

Beneficios Médicos

Subsidios

Facultativos

Ítem	X	Valor
Consultas Médicas		
Intervención Quirúrgica		
Ex. Laboratorio		
Imagenología		
Hospitalización		
Atención Odontológica		
Marcapasos		
Audífonos		
Implantes Ortopédicos		
Tratamiento especializado		
Atención Enfermería		
Lentes		
Medicamentos e Insumos		

Ítem	X
Matrimonio	
Nacimiento	
Fallecimiento Imponente	
Fallecimiento Carga Fam.	
Nicho / Bóveda	
Bonos Escolaridad E. Pre básica y Básica	
Bono Escolaridad E. Media	
Bono Escolaridad E. Superior	

Ítem	X
Catástrofe Natural	
Préstamo Auxilio	
Préstamo Médico	
Préstamo Vivienda	
Ayuda Médica Extra	

Otros

Ítem	X
Becas E. Superior	
Ingreso	
Renuncia	

FIRMA IMPONENTE

Vº Bº BIENESTAR LOCAL

COMPROBANTE DE RECEPCIÓN

Nombre del Imponente: _____ Fecha _____
Beneficios que presenta:

TIPO DE SOLICITUD (Marque con una x)					Documento adjuntos
BENEFICIO MEDICO	VALOR	SUBSIDIO	FACULTATIVO	OTROS	

FIRMA IMPONENTE

Vº Bº BIENESTAR LOCAL