



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

SOLICITUD DE BENEFICIO ESCOLAR

ANTECEDENTES DEL AFILIADO		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T.	Domicilio	Cargo
Servicio	Correo	Celular y/o Anexo
Años de Servicio	Establecimiento	

Solicita al servicio de Bienestar se le conceda ayuda escolar por:

BENEFICIADOS			
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Nivel	R.U.T.

FIRMA SOCIO

OBSERVACIONES:

MONTO A CANCELAR

\$

FIRMA BIENESTAR