

## SOLICITUD DE INGRESO AL SERVICIO DE BIENESTAR

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

| ANTECEDENTES     |                  |                |
|------------------|------------------|----------------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES        |
| R.U.T.           | ESTABLECIMIENTO  | CARGO          |
| SERVICIO         | CORREO           | FONO Y/O ANEXO |
| AÑOS DE SERVICIO | DOMICILIO        |                |

SOLICITA INGRESAR AL SERVICIO DE BIENESTAR, A PARTIR DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_/

**DECLARO CONOCER EL REGLAMENTO DE BIENESTAR Y ACEPTO EL DESCUENTO POR CONCEPTO DE APORTE DE AFILIACIÓN Y LAS SUMAS CORRESPONDIENTES A PRESTACIONES QUE RECIBO SUJETAS A TARIFAS, PAGO DE PRÉSTAMOS E INTERESES U OTROS DERIVADOS DE LAS DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS.**

PARA LOS EFECTOS DE OBTENCIÓN DE BENEFICIOS EXTENSIVOS A MIS CARGAS DE FAMILIA, DEJO CONSTANCIA QUE MI CÓNYUGE ES DON(A) \_\_\_\_\_

R.U.T. : \_\_\_\_\_ Y NO PERCIBE ASIGNACIÓN FAMILIAR POR LAS SIGUIENTES CARGAS:

| CARGAS |        |            |                     |      |
|--------|--------|------------|---------------------|------|
| N°     | NOMBRE | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD |
| 1      |        |            |                     |      |
| 2      |        |            |                     |      |
| 3      |        |            |                     |      |
| 4      |        |            |                     |      |
| 5      |        |            |                     |      |
| 6      |        |            |                     |      |

**CERTIFICO QUE LOS DATOS DECLARADOS SON EXACTOS**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERESADO

\_\_\_\_\_  
V° B° JEFE SERVICIO DE BIENESTAR

**V° B° CONSEJO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR**

|             |     |     |     |
|-------------|-----|-----|-----|
| REUNION CAB | DÍA | MES | AÑO |
|             |     |     |     |