

## SOLICITUD DE AYUDA SOCIAL

NOMBRE AFILIADO/A : \_\_\_\_\_

RUT AFILIADO/A : \_\_\_\_\_ FONO/ANEXO : \_\_\_\_\_

Solicita al Departamento de Bienestar del Personal, **AYUDA SOCIAL** por:

1. Matrimonio con \_\_\_\_\_
2. Nacimiento de \_\_\_\_\_
3. Fallecimiento carga familiar \_\_\_\_\_
4. Fallecimiento cónyuge no carga \_\_\_\_\_
5. Fallecimiento afiliado/a \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante)

Mediante este formulario autorizo al Departamento de Bienestar del Personal y a Comunicaciones Institucionales a difundir nupcias/ nacimiento:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (marque con una X)

\_\_\_\_\_ FIRMA AFILIADO/A O SOLICITANTE

### INFORME SECCIÓN BENEFICIOS (USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE BIENESTAR)

|                  |       |                          |       |                          |
|------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| AFILIACIÓN :     | DESDE | <input type="text"/>     | HASTA | <input type="text"/>     |
| APORTE AL DÍA :  | SI    | <input type="checkbox"/> | NO    | <input type="checkbox"/> |
| CARGA FAMILIAR : | SI    | <input type="checkbox"/> | NO    | <input type="checkbox"/> |
| MONTO AYUDA :    | \$    | <input type="text"/>     |       |                          |

\_\_\_\_\_ FIRMA JEFE/A DE SECCIÓN  
FECHA:

V°B° JEFE/A DEPTO. BIENESTAR DEL PERSONAL  
FECHA:

