

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" value="\$"/>			

FIRMA JEFE/A DE SECCIÓN
FECHA:_____
V°B° JEFE/A DEPTO. BIENESTAR DEL PERSONAL
FECHA: