



## SOLICITUD DE BENEFICIOS MEDICOS/SOCIALES

## DATOS PERSONALES

RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Departamento/Servicio	Anexo	Fono Particular	Celular
Previsión de Salud (marque con una X)			

FONASA       ISAPRE       Otro \_\_\_\_\_

## BENEFICIO SOLICITADO (marque solo un beneficio por formulario)

El funcionario(a) individualizado(a) solicita al Consejo de Bienestar el Beneficio de:

- Reembolso Gastos Médico       Subsidio Nacimiento       Ayuda Social  
 Subsidio Matrimonio       Subsidio Fallecimiento       Reembolso Gastos Odontológicos

Para lo cual acompaña los documentos que se indican:

---



---



---



---

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

## USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL

## Gastos Médicos y Odontológicos

Item	Monto \$
Consultas Medicas	
Intervenciones Quirúrgicas	
Exámenes de Laboratorio	
Exámenes de Rayos X	
Exámenes Especializados Médicos	
Exámenes Histopatológicos	
Hospitalizaciones	
Adquisición Anteojos o Lentes Contacto	
Medicamentos	
Gastos Odontológicos	
<b>Total</b>	

## Beneficios Sociales

Item	Monto \$
Subsidio Matrimonio	
Subsidio Nacimiento	
Subsidio Fallecimiento	
Ayuda Social	
Ayuda Medica	
<b>Total</b>	

**Total Beneficios \$**

Observaciones	V° B°
---------------	-------