



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	
Total	

Beneficios Sociales

Item	Monto \$
Subsidio Matrimonio	
Subsidio Nacimiento	
Subsidio Fallecimiento	
Ayuda Social	
Ayuda Medica	
Total	

Total Beneficios \$

Observaciones	V° B°