

**SOLICITUD DE BENEFICIOS SOCIALES**

**1. IDENTIFICACIÓN SOCIO/A**

RUT										CONTACTO TELEFONICO					DEPARTAMENTO/SERVICIO					
										-										
NOMBRE										APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					

**El/La funcionario/a individualizado/a solicita al Concejo Administrativo:**

<input type="checkbox"/> SUBSIDIO DE MATRIMONIO	<input type="checkbox"/> SUBSIDIO DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> SUBSIDIO DE FALLECIMIENTO
<input type="checkbox"/> AYUDA SOCIAL	<input type="checkbox"/> AYUDA MÉDICA	<input type="checkbox"/> OTROS

Para lo cual acompaña los documentos que se indican:

_____ _____ _____ _____ _____	<b>FIRMA SOLICITANTE</b>     
---	--

USO EXCLUSIVO BIENESTAR DEL PERSONAL		
ITEMS	DETALLE	MONTO \$
SUBSIDIO DE MATRIMONIO		
SUBSIDIO DE NACIMIENTO		
SUBSIDIO DE FALLECIMIENTO		
AYUDA SOCIAL		
AYUDA MÉDICA		
OTROS		

OBSERVACIONES	V°B°

FECHA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_