



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TEMUCO
UNIDAD DE BIENESTAR

SOLICITUD DE BENEFICIO

Fecha Solicitud: ____ / ____ / ____

NOMBRE SOCIO : _____

CEDULA IDENTIDAD : _____

Fonasa

Isapre _____

ESTABLECIMIENTO : _____

FONO : _____

CORREO : _____

1 Prest. de Salud

Prest. de Educación

3(*) Prest. Auxilio

4(*) Ayuda Solidaria

5 Asig. Matrimonio

6 Asig. Nacimiento

7 Asig. Fallecimiento

8 Bono Cumpleaños

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de bienestar, adjunto la documentación requerida para el pago del beneficio señalado:

USO EXCLUSIVO SOCIO)	Tipo de documento	Numero	Fecha	Prestador	Beneficiario	Valor del documento	
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$
							\$

TOTAL : \$

Declaro bajo juramento, la autenticidad y veracidad de los documentos adjuntos, como asimismo, conocer el Reglamento de Bienestar y las sanciones a que me expongo por infringirlo.

(*) Previa evaluación Social y posterior decisión del Comité de Bienestar

Monto a pagar
\$:

Firma socio: _____

(Uso exclusivo Unidad de Bienestar)

Observaciones: _____

(Uso exclusivo Unidad de Bienestar)