



SOLICITUD DE BENEFICIOS y/o PRÉSTAMOS

Recibido en Bienestar: _____

A. INDIVIDUALIZACIÓN DEL IMPONENTE:

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
_____	_____	_____
RUT	Cargo	Establecimiento
Dirección: _____		Ciudad: _____
Correo Electrónico: _____		Teléfono: _____ - _____
FONASA <input type="checkbox"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/>	

B. SOLICITA AL SERVICIO DE BIENESTAR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARTICULAR.

Cant.	DETALLE DE BENEFICIOS	Valor de cada uno	Bonificación	Imputación

C. PRESTAMOS (Marque lo que corresponda)

Auxilio _____	Médico _____	Habitacional _____	Nº de meses _____	Monto \$ _____
Nombre y Apellidos completos fiadores:				
Fiador 1) _____ RUT _____ Firma _____				
Fiador 2) _____ RUT _____ Firma _____				
Tipo Préstamo	Fecha Otorgamiento	Monto en \$	Imputación	

Declaro bajo juramento que los datos entregados en este documento son la expresión fiel de la verdad, por lo que asumo la responsabilidad del cualquier ilícito.

Al Consejo Administrativo de Bienestar - Servicio de Salud Bío Bío

FECHA: _____

FIRMA IMPONENTE

USO EXCLUSIVO BIENESTAR
Ingreso a Bienestar _____
Aporte hasta _____
Adeuda _____
_____ Vº Bº ENCARGADA

CERTIFICACIÓN DEL PAGO
Certifico que he recibido cheque N° _____
serie _____ del Banco del Estado de Chile, por el valor de
\$ _____ que paga beneficios B o C.
_____ FECHA RECIBÍ CONFORME
_____ FIRMA RECIBÍ CONFORME