



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.

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 _____

V° B° ENCARGADA

CERTIFICACIÓN DEL PAGO