

## SOLICITUD DE BENEFICIO

Calle Larga, \_\_\_\_\_

A : SERVICIO DE BIENESTAR SALUD  
I. MUNICIPALIDAD DE CALLE LARGA

1. YO \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ en mi calidad de afiliado al Servicio de Bienestar Salud de la I. Municipalidad de Calle Larga, solicito el pago del siguiente beneficio:

MARQUE CON UNA X EN EL CASILLERO			
BONO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	Pre - Básica	1.0 U.F.
	<input type="checkbox"/>	Básica	1.5 U.F.
	<input type="checkbox"/>	Media	2.0 U.F.
	<input type="checkbox"/>	Superior	3.0 U.F.
AYUDAS SOCIALES	<input type="checkbox"/>	Nacimiento	2.0 U.F.
	<input type="checkbox"/>	Matrimonio	2.0 U.F.
	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento A	4.0 U.F.
	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento B	1.0 U.F.
BONO SALUD (Especificar en detalle documentos adjuntos)	<input type="checkbox"/>	Atención Profesional	\$ 170.000
	<input type="checkbox"/>	Exámenes	
	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	
	<input type="checkbox"/>	Prótesis	

2. Sistema de Salud  
FONASA \_\_\_\_\_ ISAPRE \_\_\_\_\_ (indique nombre de Isapre) \_\_\_\_\_

3. Con el fin de dar respaldo a mi solicitud declaro en éste acto, adjuntar la siguiente documentación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MONTO TOTAL SOLICITADO \$ \_\_\_\_\_

El solicitante declara que los datos y documentos proporcionados para el cobro del beneficio son fidedignos y que se han deducido cualquier beneficio o reembolso a que tenga derecho por parte de la entidad de salud a la que se encuentra afiliado por ley, seguro de vida, seguro complementario de salud u otros.

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
Vº Bº PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
Vº Bº SECRETARIO

Nº RESOLUCION DE PAGO \_\_\_\_\_