**S O L I C I T U D D E I N G R E S O A L S E RV I C I O D E B I E N E S T A R**

**I L U S T R E M U N I C I P A L I D A D D E V A L P A R A I S O CÓDIGO DEL TRABAJO**

 **LEY BALNEARIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de Solicitud** | **:** |  |
| **Fecha de Ingreso** | **:** |  |
| **Fecha Inicio de Beneficio** | **:** |  |

 **A.- ANTECEDENTES DE IDENTIFICACION.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Funcionario** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  | **F. Nacimiento:** |  |
| **Domicilio** | **:** | **Calle:** |
| **Nº** |  | **Sector:** |  | **Comuna:** |  |
| **F. Ingreso Municipio** | **:** |  |
| **Repartición y Cargo** | **:** |  | **Sindicato:** |  |
| **Anexo Municipal** | **:** |  |
| **Teléfono Particular** | **:** |  |
| **E-Mail** | **:** |  |

 **B.- ANTECEDENTES CONYUGE (NO CARGA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombres** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  | **F. Nacimiento** |  |
| **Domicilio** | **:** |  |

 **C.- MANDATO ESPECIAL**

 Ante mi eventual deceso en calidad de afiliado a éste Servicio de Bienestar, dispongo que el correspondiente Ayuda por Defunción sea pagado a,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **D.- CARENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Forma de Pago** | **:** | **-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.****-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.** |
| **Indicar forma de pago** | **:** |  |
| **Mes de Descuento** | **:** |  |

 **E.- FORMA DE PAGO, BENEFICIO DE BIENESTAR** (Excluye Beneficio Matrimonio, Nacimiento, Defunción y Beca de Estudios)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | **:** |  |
| **Tipo de Cuenta** |  |  |
| **Nº de Cuenta** |  |  |

 **F.- FIRMA**

 Por medio de la presente, solicito al Comité de Bienestar, mi incorporación al Servicio de Bienestar de la I. Municipalidad de Valparaíso, declarando lo siguiente:

1. Que conozco y acepto el Reglamento del Servicio de Bienestar en todas sus partes.
2. Que autorizo que se me efectúen los descuentos correspondientes.
3. Que los antecedentes confidenciales que a continuación refiero son fidedignos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Firma Interesado** |  |
|  |  |  |
| **Firma Encargada de Bienestar** |  | **Firma Presidente del Comité de Bienestar** |

ANTECEDENTES DE CARGAS FAMILIARES

I.MUNICIPALIDAD DE VALPARAISO

 **CARGA 01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellidos / Nombres** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  | **F. Nacimiento:** |  |
| **Parentesco** | **:** | **Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre** |
| **FORMA DE PAGO:****-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.****-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.** |  | **INDICAR FORMA DE PAGO** | **MES DE DESCUENTO** |
|  |  |  |  |
| **Fecha de Inscripción en RRHH** | **Fecha de Inscripción a Bienestar** | **Fecha de vencimiento o desafiliación** | **Fecha de Inicio de Beneficio** | **Firma** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **CARGA 02**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellidos / Nombres** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  | **F. Nacimiento:** |  |
| **Parentesco** | **:** | **Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre** |
| **FORMA DE PAGO:****-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.****-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.** |  | **INDICAR FORMA DE PAGO** | **MES DE DESCUENTO** |
|  |  |  |  |
| **Fecha de Inscripción en RRHH** | **Fecha de Inscripción a Bienestar** | **Fecha de vencimiento o desafiliación** | **Fecha de Inicio de Beneficio** | **Firma** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **CARGA 03**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellidos / Nombres** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  | **F. Nacimiento:** |  |
| **Parentesco** | **:** | **Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre** |
| **FORMA DE PAGO:****-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.****-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.** |  | **INDICAR FORMA DE PAGO** | **MES DE DESCUENTO** |
|  |  |  |  |
| **Fecha de Inscripción en RRHH** | **Fecha de Inscripción a Bienestar** | **Fecha de vencimiento o desafiliación** | **Fecha de Inicio de Beneficio** | **Firma** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**CARGA 04**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellidos / Nombres** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  | **F. Nacimiento:** |  |
| **Parentesco** | **:** | **Hijo / Nieto / Cónyuge / Padre** |
| **FORMA DE PAGO:****-Planilla, TODO EN 1 CUOTA.****-PLANILLA, CUMPLIRA 6 MESES DE APORTES COMO CARENCIA SIN BENEFICIOS Y AL SEPTIMO MES DE APORTE OBTENER LOS BENEFICIOS.** |  | **INDICAR FORMA DE PAGO** | **MES DE DESCUENTO** |
|  |  |  |  |
| **Fecha de Inscripción en RRHH** | **Fecha de Inscripción a Bienestar** | **Fecha de vencimiento o desafiliación** | **Fecha de Inicio de Beneficio** | **Firma** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |