**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**

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

**A.- ANTECEDENTES DE IDENTIFICACION.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funcionario** | **:** |  |  | | | | | |
| **RUT** | **:** |  |  | | | **F. Nacimiento:** |  | |
| **Domicilio** | **:** | **Calle:** |  | | | | | |
| **Nº** |  | **Sector:** |  | | **Comuna:** |  |
| **Previsión Social** | **:** |  |  | | **Teléfono Particular:** | |  | |
| **F. Ingreso Municipio** | **:** |  |  | | **Calidad Contractual:** | | **Planta / Contrata** | |
| **Repartición y Cargo** | **:** |  |  | | **Sindicato:** | |  | |
| **Escalafón Municipal** | **:** |  | **Auxiliar / Empleado / Técnico / Profesional / Directivo** | | | | | |
| **Anexo Municipal** | **:** |  |  | | | | | |
| **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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  | | |  |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  | | |  |
|  |  | | |  |  | |  | | |  |