**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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |