**SOLICITUD DE INGRESO AL SERVICIO DE BIENESTAR**

**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**

**CORPORACION MUNICIPAL AREA SALUD**

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

**A.- ANTECEDENTES DE IDENTIFICACION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Funcionario** | **:** |  |
| **RUT** | **:** |  |
| **Fecha de Nacimiento** | **:** |  |
| **Domicilio** | **:** | **Calle:** |
| **Nº** |  | **Sector:** |  | **Comuna:** |  |
| **Teléfono Particular** | **:** |  | **Teléfono Laboral:** |  |
| **E-mail** | **:** |  |
| **Sistema de Salud** | **:** |  | **Sindicato:** |
| **F. Ingreso Corporación Municipal** | **:** |  | **Calidad Contractual:** | **Planta / Contrata** |
| **Cargo** | **:** |  |
| **Establecimiento de Salud** | **:** |  |
| **Categoría** | **:** | **A / B / C / D / E / F**  |
| **Nivel** | **:** | **1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15** |

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

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

 **C.- MANDATO ESPECIAL (en caso de defunción del funcionario)**

 Ante mi eventual deceso en calidad de afiliado a éste Servicio de Bienestar, dispongo que la correspondiente Ayuda por Defunción sea pagado a; **(persona mayor de edad)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 Presidentes del Comité de Bienestar |

ANTECEDENTES DE CARGAS FAMILIARES

CORPORACIÓN MUNICIPAL 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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |