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