N° FOLIO	

(USO INTERNO BIENESTAR SSVSA)

Fecha	
Establecimiento	
Unidad	

SUBDIRECCION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
SUBDEPTO. CICLO DE VIDA LABORAL
SERVICIO DE BIENESTAR DEL SSVSA

SOLICITUD DE BENEFICIOS

IDENTIFICACIÓN DE PERSONA AFILIADA A BIENESTAR

RUT									-	

Firma de persona afiliada.

Primer Apellido	**Segundo Apellido**	**Nombres**
Teléfono/ Anexo	**Correo Electrónico**	

Solicitante: (marque con X)	**Persona Afiliada**		**Carga familiar**							
Previsión de Salud:	**FONASA**		**ISAPRE**		**¿Posee seguro complementario?**	**SI**		**NO**		

Nota: es obligatorio completar campo de seguro complementario

CARGA FAMILIAR

	Nombre y apellidos	RUT	Vigencia Carga Familiar Hasta:
1			
2			
3			

COD.	AYUDA ASISTENCIALES	CANTIDAD
1	CONSULTAS MEDICAS	
2	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	
3	HOSPITALIZACIONES	
5	ATENCION ODONTOLOGICA	
6	MEDICAMENTOS	
7	TRA.ESPEC. POR PERS. MEDICO	
8	CONSULTAS Y TRAT. ESP POR PERS. NO MEDICO	
9	APARATOS ORTOPEDICOS	
10	ATENCION OBSTETRICAS	
11	LENTE OPTICO	
12	INSUMOS	
13	AUDIFONOS	
14	EXAMENES LABORATORIO	
15	EXAMENES RX	
16	EXAMENES HISTOPATOLOGICOS	
17	EXAMENES ESPECIALIZADOS DE CARACTER MEDICO	
18	CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA	
19	ANESTESISTA	
20	ARSENALERA	
21	ATENCIÓN DE URGENCIA	
22	IMPLANTES	

COD.	SUBSIDIOS	CANTIDAD	MONTO ($)
1	MATRIMONIO		
2	NACIMIENTO		
3-1	FALLECIMIENTO AFILIADO		
3-2	FALLECIMIENTO CARGA FAMILIAR/UNION CIVIL		
3-3	MORTINATO		
4-1	CATASTROFE		
4-2	INCENDIO		
5-1	EDUCACION PRE-BASICA		
5-2	EDUCACION BASICA Y ESPECIAL		
5-3	EDUCACION ENSEÑANZA MEDIA		
5-4	EDUCACION TECNICA NIVEL SUPERIOR		
5-5	EDUCACION UNIVERSITARIA		
6	ADOPCION		
7	ACUERDO UNION CIVIL		
8	AYUDA ESPECIAL (BONO ALTA COMPLEJIDAD)		

REVISADO EN SIRH	SI	NO
CUOTAS AL DIA		
SALDO EN ITEM		

FECHA DE ÚLTIMA SOLICITUD LENTES		MONTO DE LENTES SOLICITADO EN LA PRESENTE SOLICITUD	
	Afiliado	$	Afiliado Monto
	Carga	$	Carga Monto

Observación: ___

_____

_____

_____ _____

FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA **FIRMA ASISTENTE SOCIAL QUE AUTORIZA DERIVACION**

USO EXCLUSIVO DE CONTABILIDAD DE BIENESTAR

V° B° REVISOR	V° B° JEFA DE BIENESTAR DEL SSVSA

NOMBRE AFILIADO/A							NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA
ITEM							
N° DOC							FECHA RECEPCION: _____/_____/