

Fecha recepción Bienestar Local	
Fecha recepción Bienestar Regional	
FOLIO DE INGRESO	



SOLICITUD DE BENEFICIOS BIENESTAR

Nombre y Apellidos Cédula de Identidad Teléfono	
Establecimiento Previsión Fonasa Isapre Seguro Complementario de Salud Si no no ¿Cuál? ANTECEDENTES CARGA FAMILIAR (Llenar en caso que le corresponda el beneficio) Nombre y apellidos Cédula de Identidad TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos Subsidios Facultativos Item X Valor Consultas Médicas Intervención Quirárgica Ex. Laboratorio Imagenología Hospitalización Atención Odontológica Marcapasos Audifonos Implantes Ortopédicos Tratamiento especializado Atención Enfermería Lentes Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior FIRMA IMPONENTE Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nombre del Imponente: Fecha	
Previsión Fonasa Isapre	
Seguro Complementario de Salud Si	
ANTECEDENTES CARGA FAMILIAR (Llenar en caso que le corresponda el beneficio) Nombre y apellidos Cédula de Identidad TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos fitem X Valor Consultas Médicas Intervención Quirúrgica Intervención Quirúr	
ANTECEDENTES CARGA FAMILIAR (Llenar en caso que le corresponda el beneficio) Nombre y apellidos Cédula de Identidad TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos Item X Valor Item X Valor Item X Matrimonio Nacimiento Fallecimiento Imponente Fallecimiento Carga Fam. Nicho / Bóveda Idención Odontológica Nacrapasos Idención Odontológica Nacrapasos Idención Odontológica Nacrapasos Idención Comprobedicos Intervención Enfermería Idención Idención Idención Idención Idención Idención Idención Iden	
Cédula de Identidad TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos ftem X Valor Intervención Quirúrgica Intervención Qui	
Cédula de Identidad TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos ftem X Valor Intervención Quirúrgica Ex. Laboratorio Imagenología Identificación Altención Odontológica Marcapasos Audifonos Implantes Ortopédicos Irratamiento especializado Atención Enfermería Intervención Atención Enfermería Intervención Quirúrgica Bono Escolaridad E. Pre básica y Básica Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nombre del Imponente: Fecha	
TIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos Titem X Valor Titem X Valor Tonsultas Médicas Intervención Quirúrgica Intervención Quirúrgi	
FIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos fitem X Valor Consultas Médicas Intervención Quirúrgica Intervención Quirú	
FIPO DE BENEFICIO A REEMBOLSAR Beneficios Médicos fitem X Valor Consultas Médicas Intervención Quirúrgica Intervención Quirú	
Subsidios Facultativos	
Ítem X Valor Consultas Médicas Matrimonio Catástrofe Natural Intervención Quirúrgica Nacimiento Préstamo Auxilio Ex. Laboratorio Fallecimiento Imponente Préstamo Médico Imagenología Fallecimiento Carga Fam. Préstamo Médico Préstamo Vivienda Ayuda Médica Extra Autención Odontológica Bonos Escolaridad E. Prebásica y Básica Otros Media Bono Escolaridad E. Media Item Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia Renuncia TERMA IMPONENTE V° B° BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nombre del Imponente: Fecha	
Matrimonio Catástrofe Natural Préstamo Auxilio Préstamo Médico Préstamo Médico Préstamo Médico Préstamo Médico Préstamo Médico Préstamo Vivienda Ayuda Médica Extra Bonos Escolaridad E. Pre básica y Básica Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior Superior FIRMA IMPONENTE Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nacimiento Catástrofe Natural Préstamo Auxilio Préstamo Médico Préstamo Vivienda Ayuda Médica Extra Otros Stem Bono Escolaridad E. Superior Firma Imponente Vº Bº BIENESTAR LOCAL	
Nacimiento Nacimiento Fallecimiento Imponente Fallecimiento Carga Fam. Nicho / Bóveda Bonos Escolaridad E. Pre básica y Básica Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior FIRMA IMPONENTE Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nacimiento Préstamo Auxilio Préstamo Médico Préstamo Vivienda Ayuda Médica Extra Otros (item Becas E. Superior Ingreso Renuncia	Х
Fallecimiento Imponente Fallecimiento Imponente Fallecimiento Carga Fam. Nicho / Bóveda Ayuda Médica Extra Préstamo Vivienda Ayuda Médica Extra Otros Otros Item Bono Escolaridad E. Pre básica y Básica Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN	
Fallecimiento Carga Fam. Préstamo Vivienda Préstamo Vivienda Préstamo Vivienda Préstamo Vivienda Préstamo Vivienda Ayuda Médica Extra	
Nicho / Bóveda Ayuda Médica Extra Ayuda Médica Extra Ayuda Médica Extra Otros Diarcapasos Udifonos Inplantes Ortopédicos Intención Enfermería Enteción Entermería Enteción Entermería Enteción Entermería Entermination Ayuda Médica Extra Ayuda Médica Extra Ayuda Médica Extra Otros	
tención Odontológica Bonos Escolaridad E. Pre básica y Básica Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Tención Direction Secolaridad E. Superior Ingreso Renuncia	
básica y Básica Dótros Dótros Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Media Bono Escolaridad E. Superior Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Techa Combre del Imponente: Fecha	
Bono Escolaridad E. Media Becas E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Bono Escolaridad E. Superior Ficha Becas E. Superior Ingreso Renuncia **Comprobante de Recepción** **Comprobante de Recepción** Fecha	
Media Becas E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE Vº Bº BIENESTAR LOCAL COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Ingreso Recas E. Superior Firma imponente: Comprobante del Imponente: Fecha	\bigcirc
Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Fecha Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia Renuncia	Х
Renuncia Bono Escolaridad E. Superior Ingreso Renuncia FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Tombre del Imponente: Fecha	
FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Tombre del Imponente: Fecha	
FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Tombre del Imponente: Fecha	
FIRMA IMPONENTE COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Jombre del Imponente: Fecha	
COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nombre del Imponente: Fecha	
COMPROBANTE DE RECEPCIÓN Nombre del Imponente: Fecha	
Jombre del Imponente: Fecha	
lombre del Imponente: Fecha Beneficios que presenta:	
oenencios que presenta:	
TIPO DE SOLICITUD (Marque con una x)	
BENEFICIO VALOR SUBSIDIO FACULTATIVO OTROS Documento adjuntos MEDICO	

FIRMA IMPONENTE $V^{\scriptscriptstyle \Omega} \, B^{\scriptscriptstyle \Omega} \, B i E N E S T A R \, LOCAL$