



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



N° FOLIO	
----------	--

(USO INTERNO BIENESTAR SSVSA)

Fecha	
Establecimiento	
Unidad	

Firma de socio(a)

SOLICITUD DE BENEFICIOS

IDENTIFICACIÓN DEL SOCIO/A

RUT									-	
Socio(a) Activo		Socio (a) Jubilado								

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
Teléfono/ Anexo					
Correo Electrónico					
Previsión de Salud:	FONASA	ISAPRE	¿Posee seguro complementario?	SI	NO
Solicitante:	Socio(a)	Carga familiar			

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	
11-1	LENTE OPTICO 1 PAR (MONOFOCAL)	
11-2	LENTE BIFOCAL	
11-3	LENTE DE CONTACTO	
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	

COD.	SUBSIDIOS	CANTIDAD	MONTO (\$)
1	MATRIMONIO		
2	NACIMIENTO		
3-1	FALLECIMIENTO AFILIADO		
3-2	FALLECIMIENTO CONYUGE Y/O CARGA FAM.		
3-3	MORTINATO		
3-4	FALLECIMIENTO DE CONVIVIENTE POR UNION CIVIL		
4-1	CATASTROFE		
4-2	INCENDIO DAÑO TOTAL		
4-3	INCENDIO DAÑO PARCIAL		
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	ACUERDO DE UNION CIVIL		
7	ADOPCION		
8	AYUDA ESPECIAL (BONO DE 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: ____/____/____