

## **SOLICITUD DE INGRESO AL SISTEMA DE PRESTACIONES DE BIENESTAR**

**SEÑORES**  
**COMITÉ DE BIENESTAR**  
**PRESENTE**

En virtud de lo establecido en el Reglamento de Bienestar de la I. Municipalidad de Chillán, presento antecedentes los que son fidedignos, por lo que asumo la responsabilidad, expreso asimismo el deseo de acogerme a todos los beneficios del sistema de Prestaciones de Bienestar, y cumplir las obligaciones.

Es por lo anterior, que autorizo expresamente se me realicen los descuentos de mi remuneración imponible con relación al aporte y la cuota de incorporación, como también todo descuento de aquel compromiso financiero adquirido por valor que adeude o adeudare, por prestación que reciba con cargo a beneficios que el Departamento de Bienestar entregue a sus asociados/as.

Solicita su incorporación como afiliado(a) al sistema de prestaciones de Bienestar, para cuyos efectos proporciona los siguientes antecedentes:

### **ANTECEDENTE PERSONALES**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>

<b>RUT.</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>ESTADO CIVIL</b>

<b>SISTEMA DE SALUD</b>	<b>AFP</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>

<b>DOMICILIO</b>	<b>TELÉFONO FIJO</b>	<b>TELÉFONO CÉLULAR</b>

### **TIPO DE CONTRATO**

**AFILIADO ACTIVO (marque con una X):**

<b>PLANTA</b>	<b>CONTRATA</b>	<b>COD. DEL TRABAJO</b>

<b>AÑO DE CONTRATO</b>	<b>LUGAR DE TRABAJO</b>	<b>CARGO</b>	<b>GRADO</b>

## DECLARO CARGAS FAMILIARES AUTORIZADAS

N°	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	CÉDULA DE IDENTIDAD	NIVEL EDUCACIONAL

CÓDIGO PARENTESCO 1: CÓNYUGE 2: HIJO/A 3: PADRE O MADRE 4: NIETO/A 5: OTRO

---

FIRMA DEL SOLICITANTE

CHILLÁN, ..... de 20....

.....

USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR

ACEPTADO/A:

RECHAZADO/A:

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA BIENESTAR: \_\_\_\_\_