



Día	Mes	Año

SOLICITUD DE BENEFICIO Y/O SUBSIDIO

Nombre:

Establecimiento:

R.U.T

DETALLE

BENEFICIOS MÉDICOS

Consultas Médicas	☐
Exámenes de Laboratorio	☐
Radiografías	☐
Atenciones Dentales	☐

SUBSIDIOS

Nupcialidad	☐
Fallecimiento	☐
Adquisición de Lentes ópticos	☐
Natalidad	☐

Adjunta los siguientes documentos:

DATOS BANCARIOS	Nombre de Banco	
	Tipo de Cuenta	
	Número de Cuenta	
	Correo Electrónico	

Monto Aprobado:

Firma Solicitante

Observaciones:

Rancagua, ____ de ____ de 20 ____

Firma del Directorio Firma Jefe Servicio Bienestar

