



Día	Mes	Año

SOLICITUD DE BENEFICIO Y/O SUBSIDIO

Nombre:

Establecimiento:

R.U.T

BENEFICIOS MÉDICOS	DETALLE	SUBSIDIOS
Consultas Médicas	<input type="checkbox"/>	Nupcialidad <input type="checkbox"/>
Exámenes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento <input type="checkbox"/>
Radiografías	<input type="checkbox"/>	Adquisición de Lentes ópticos <input type="checkbox"/>
Atenciones Dentales	<input type="checkbox"/>	Natalidad <input type="checkbox"/>

Adjunta los siguientes documentos:

Monto Aprobado:

Firma Solicitante

Observaciones:

Rancagua, de de 201

Firma del Directorio

Firma Jefe Servicio Bienestar

Nombre:

Día	Mes	Año

Establecimiento:

R.U.T

BENEFICIOS MÉDICOS	SUBSIDIOS
Consultas Médicas	Nupcialidad
Exámenes de Laboratorio	Fallecimiento
Radiografías	Adquisición de Lentes ópticos
Atenciones Dentales	Natalidad

Adjunta los siguientes documentos: