



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:

---

---

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**

Consultas Médicas

Exámenes de Laboratorio

Radiografías

Atenciones Dentales

**SUBSIDIOS**

Nupcialidad

Fallecimiento

Adquisición de Lentes ópticos

Natalidad

Adjunta los siguientes documentos:

---

---

VºBº Bienestar