



Subdirección de Gestión y  
Desarrollo de las Personas  
Área Desarrollo de las  
Personas  
Dpto. Bienestar



**USO EXCLUSIVO COORDINADOR (A) DE BIENESTAR**  
 FECHA RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_  
 N° OFICIO: \_\_\_\_\_ FECHA ENVÍO: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE BONIFICACIÓN Y SUBSIDIO

**DATOS AFILIADO (A):**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

BENEFICIO	
<input type="checkbox"/>	AFILIADO
<input type="checkbox"/>	CARGA FAMILIAR

PREVISION	
<input type="checkbox"/>	FONASA
<input type="checkbox"/>	ISAPRE

-----  
**FIRMA AFILIADO (A)**

BENEFICIOS MÉDICOS		LENTES OPTICOS	
<input type="checkbox"/>	APARATOS ORTOPEDICOS	<input type="checkbox"/>	CONTACTO, ANTIREFLEX, BIFOCALES
<input type="checkbox"/>	ATENCION DENTAL	<input type="checkbox"/>	MULTIFOCALES
<input type="checkbox"/>	ATENCION OBSTETRICA	<input type="checkbox"/>	CAMBIO DE CRISTAL
<input type="checkbox"/>	AUDIFONOS	SUBSIDIOS	
<input type="checkbox"/>	CONSULTA MEDICA	<input type="checkbox"/>	MATRIMONIO
<input type="checkbox"/>	EXAMENES, RX, LABORATORIO, HISTOPATOLOGICO	<input type="checkbox"/>	NACIMIENTO
<input type="checkbox"/>	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA Y ESCANER	<input type="checkbox"/>	FALLECIMIENTO
<input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	CATASTROFE
<input type="checkbox"/>	INSUMOS	<input type="checkbox"/>	ESCOLARIDAD PRE, BASICA, MEDIA
<input type="checkbox"/>	INTERVENCION QUIRURGICA (INCLUYE ARSENALERA ANESTESISTA)	<input type="checkbox"/>	ESCOLARIDAD NIVEL SUPERIOR
<input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	<b>USO EXCLUSIVO DEPTO. BIENESTAR</b> FECHA DE RECEPCIÓN: _____ FECHA INGRESO SIRH: _____	
<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTOS Y RECETA		
<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO PERSONAL MEDICO		
<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO PERSONAL NO MEDICO		

**CONSIDERACIONES:**

- SE SOLICITA ADJUNTAR ANTECEDENTES EN FORMA ORDENADA Y ESPECIFICANDO EL NUMERO DE DOCUMENTOS ENVIADOS.
- BOLETAS, FACTURAS Y BOLETAS HONORARIOS DEBEN SER ORIGINALES NO SE ACEPTAN FOTOCOPIAS.
- SI ES ISAPRE O POSEE ALGUN SEGURO DEBE REALIZAR EL RESPECTIVO REEMBOLSO ANTES DE PRESENTAR DOCUMENTOS AL BIENESTAR.
- AL PAGAR CON VOUCHER DE COMPRA SOLICITAR DETALLE Y ADJUNTAR
- LOS PAGOS REALIZADOS MEDIANTE MODALIDAD BONO PAD SE DEBE ADJUNTAR DETALLE

-----  
 VºBº ASISTENTE SOCIAL  
 COORDINADOR (A) BIENESTAR

-----  
 VºBº REGISTRO Y CONTROL  
 BIENESTAR