 

**S****UBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS SUBDEPTO. CALIDAD DE VIDA LABORAL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SSVSA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **Establecimiento** |  |
| **Unidad de Trabajo** |  |

SOLICITUD DE INGRESO A BIENESTAR AFILIADOS ACTIVOS

# IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Cédula de Identidad** | **Fecha. Nacimiento** | **Estado Civil** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Comuna** | **Teléfono personal** | **Anexo** |

Previsión de Salud: FONASA

**Direccion**

ISAPRE

Posee Seguro complementario de salud Sí No

# CARGAS FAMILIARES

Declaro, además, que las cargas reconocidas ante la institución, y debidamente comprobadas en la oficina de personal, son las que continuación se señalan:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | **Cedula de Identidad** | **Relación** | **Edad** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DATOS FORMA DE PAGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Modalidad de Pago** | **Tipo de Cuenta** | **Datos Cuenta Bancaria** |
| Pago cash |  | Cuenta Corriente/cuenta Vista |  | N° de Cuenta: |  |
| Cuenta de Ahorro  |  |
| Deposito |  | Chequera Electrónica |  | Correo Electrónico: |  |
| Cuenta RUT |  | Banco: |  |

**SOLICITUD DE INGRESO:** Declaro conocer y aceptar las disposiciones del Reglamento de Bienestar, el aporte mensual fijado por el Consejo Administrativo de Bienestar 1.5% del sueldo imponible y de las demás sumas correspondientes a prestaciones que reciba sujeta a montos establecidos en resolución de beneficios, tales como pago de préstamos e intereses u otros compromisos derivados de las disposiciones reglamentarias.

Se me ha informado cuando me encuentre con permiso parental o permiso sin goce de sueldo, debo acudir directamente a la caja del Servicio Salud Valparaiso San Antonio a cancelar la cuota mensual de Bienestar u otros descuentos (préstamos, casas comerciales) que no se me hayan realizado a través de mis remuneraciones mensuales de forma oportuna.

FIRMA FUNCIONARIO/A FIRMA ASISTENTE SOCIAL

Su opinión es muy importante para mejorar nuestro servicio, agradecemos pueda contestar las siguientes preguntas:

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cómo conoció el servicio de bienestar?** | **¿Qué espera como afiliado/a del Servicio de Bienestar?** |
|  |  |

## USO EXCLUSIVO CONSEJO ADMINISTRATIVO BIENESTAR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aprobada** | **Rechazada** | **Fecha Sesión** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |

## USO EXCLUSIVO SERVICIO DE BIENESTAR SSVSA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Ingreso a Bienestar** | **Firma Jefa Bienestar SSVSA** |  **INGRESO A SIRH** | **VERIFICACION DATOS SIRH** |
|   |  |  |  |