



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR

1. IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE (COMPLETAR POR EL/LA SOLICITANTE)

CÉDULA IDENTIDAD	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD JURÍDICA	ESTAMENTO	GRADO	ANEXO

DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA
TELÉFONO PARTICULAR	FECHA INGRESO AL SERVICIO	

PERTENECE A LA ASOCIACIÓN DE FUNCIONARIOS: SI: NO:

EL/LA FUNCIONARIO/A QUE SUSCRIBE, SOLICITA AL HONORABLE CONSEJO DE BIENESTAR, SER INCORPORADO COMO AFILIADO/A AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL GOBIERNO REGIONAL REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO (EN ADELANTE "SERVICIO DE BIENESTAR").

PARA TAL EFECTO, MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE ACATAR LAS DISPOSICIONES DEL REGLAMENTO DE BIENESTAR, APROBADO MEDIANTE D. S. N°67 DE LA SUBSECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL CON FECHA 11.03.2008; EL QUE DECLARO CONOCER EN TODAS SUS PARTES.

ADEMÁS, AUTORIZO EXPRESAMENTE AL SERVICIO DE BIENESTAR O AL GOBIERNO REGIONAL REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO (EN ADELANTE "GOBIERNO REGIONAL"), PARA QUE PROCEDA A EFECTUAR DE MIS REMUNERACIONES, LOS DESCUENTOS QUE CORRESPONDAN POR CONCEPTO DE CUOTA DE INCORPORACIÓN (0.5% DE MI REMUNERACIÓN IMPONIBLE); APORTE MENSUAL AL SERVICIO DE BIENESTAR (1,6% DE MI REMUNERACIÓN IMPONIBLE); ASÍ COMO TAMBIÉN OTROS PAGOS Y/O DEUDAS QUE EL SUSCRITO CONTRAIGA EN EL FUTURO CON EL SERVICIO DE BIENESTAR.

ASIMISMO, ME COMPROMETO A PAGAR DIRECTAMENTE AL SERVICIO DE BIENESTAR O AL GOBIERNO REGIONAL, LAS CUOTAS U OTROS DESCUENTOS, SI POR CUALQUIER CAUSA Y/O CIRCUNSTANCIA ÉSTOS NO SE EFECTÚEN A TRAVÉS DE MIS REMUNERACIONES MENSUALES EN FORMA OPORTUNA. LA FECHA DE INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR SE HARÁ EFECTIVA A CONTAR DEL DESCUENTO EN MI PRIMERA REMUNERACIÓN. POR LO ANTERIOR, DESDE ESE MOMENTO COMENZARÁ MI PERIODO DE CARENANCIA DE 6 MESES, TRANSCURRIDO ESE TIEMPO DE PERMANENCIA CONTINUA COMO AFILIADO/A PODRÉ SOLICITAR PAGOS DE SUBSIDIOS (ESCOLAR, MATRIMONIO, NACIMIENTO, ENTRE OTROS)

DECLARO, ADEMÁS, QUE LAS CARGAS RECONOCIDAS ANTE LA INSTITUCIÓN SON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN:

APELLIDOS – NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	RUT	N° RESOLUCIÓN

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE



2. INFORME CONSEJO ADMINISTRATIVO (USO EXCLUSIVO)

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO ADMINISTRATIVO QUE SUSCRIBE, CERTIFICA QUE EN LA SESIÓN EFECTUADA EN LA FECHA QUE SE INDICA, EL CONSEJO APROBÓ LA PRESENTE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DEL/DE LA FUNCIONARIO/A QUE SE SEÑALA:

FECHA SESIÓN	NOMBRE DEL/DE LA FUNCIONARIO/A

FIRMA PRESIDENTE CONSEJO ADMINISTRATIVO

3. ANTECEDENTES DE LA INCORPORACIÓN (USO EXCLUSIVO ENCARGADO UNIDAD DE BIENESTAR)

APROBADA	RECHAZADA	FECHA APROBACIÓN	FECHA RECHAZO	Nº DE REGISTRO	OBSERVACIONES

FIRMA ENCARGADO SERVICIO DE BIENESTAR