



Memo. N°

UNIDAD:

FECHA:

SOLICITUD SUBSIDIO ESCOLAR

Yo, _____ R.U.T. N° _____
solicito Beneficio por Escolaridad, correspondiente al año 20__, para lo cual adjunto
Certificado(s) respectivo(s):

| Nombre Completo | Nivel Educacional Kínder, Básico, Medio, Universitario | Fecha Nacimiento | Edad | Monto a pagar por Bienestar |
|-----------------|--|---------------------|------|-----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Requisitos:

- ✓ Tener entre 05 y 24 años de edad.
- ✓ Estar reconocido como carga familiar ante el Servicio
- ✓ Estar en calidad de Pre-escolar (Kínder), Educación Básica, Media, Educación Superior, Educación especial en establecimiento del Estado reconocido por éste.
- ✓ Fotocopia certificada de alumno regular y debe especificar el nivel de enseñanza.
- ✓ En el caso de funcionarios/as cursando estudios de educación superior debe enviar certificado de alumno regular original.
- ✓ Para solicitar el beneficio debe tener una afiliación superior a 6 meses como afiliado.
- ✓ **Pre-Kínder y Pre-Universitario no da derecho a percibir este beneficio, Asimismo cualquier otro que no se encuentre especificado en los requisitos.**

Firma del/a afiliado/a

Firma Encargado Servicio de Bienestar