SOLICITUD DE INCORPORACION AL SERVICIO DE BIENESTAR SLEP ANDALIEN SUR

Señores,

Consejo Administrativo

Mediante el presente, declaro conocer el Reglamento de Bienestar del Servicio Local de Educación Pública Andalién Sur mediante Decreto Exento Nº 204, del 04-02-2022.

Solicito mi incorporación al Servicio de Bienestar y autorizo que se me realicen los descuentos correspondientes al 1% del sueldo base como aporte mensual individual, a contar del mes **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025**, así como también, todo aquel compromiso financiero adquirido por concepto de beneficios y convenios externos u otros descuentos que por cualquier causa y/o circunstancia no se hayan efectuado a través de mis remuneraciones mensuales en forma oportuna.

**1.-** **INDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (OBLIGATORIO).**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos |  |
| Cedula de Identidad |  | Fecha de Nacimiento |   |
| Dirección |  | Comuna |  |
| Estado Civil |  | Teléfono |  |
| Sistema de Salud |  | AFP |  |
| Correo Electrónico |  |

**2.- ANTECEDENTES LABORALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Establecimiento |   |  |
| Comuna del Establecimiento |  |  | Cargo |  |  |
| Fecha Contrato |  |  | Estamento (marca con una X) | Auxiliar |  |
| Calidad Jurídica (marca con una X) | Asistente de la educación |  | Administrativo |  |
|  Estatuto Administrativo |   | Técnico |  |
| Profesional |  |

**3.- ANTECEDENTES FAMILIARES (CARGAS FAMILIARES SOLO SI CORRESPONDE).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Nombre Completo | Rut | Vinculo Afiliado | Fecha de Nacimiento |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

**4.- BENEFICIARIOS SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO DEL AFILIADO**

De acuerdo a lo estipulado en el Art. N°24 sobre el Beneficio de fallecimiento del afiliado/a, autorizo la entrega del beneficio a:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Apellido  | Rut | Fono Contacto |
|  |  |  |  |

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CARNET FIRMADA, Y FOTOCOPIAS DE NACIMIENTO O MATRIMONIO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA SOCIO/A DE BIENESTAR |  | FIRMA ENCARGADO BIENESTAR |

**USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aprobada** | **Rechazada** | **Fecha** | **Observaciones** | **V°B° SERVICIO DE BIENESTAR** |
|  |  |  |  |