

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		N° Cédula de Identidad	
Sistema de Salud		Domicilio Particular		Teléfono de Contacto	
Correo electrónico		Indicar Lugar de Trabajo (Est. Educativo o Adm. Central)		Nombre de Establecimiento Educativo o Departamento	
Cargo		Tipo de Contrato			

Datos Bancarios

Banco:	Tipo de Cuenta:	N° de Cuenta:
--------	-----------------	---------------

Asociación de Funcionarios: Sí <input type="checkbox"/>	Adjunta copia cédula de identidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cargas Familiares: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Señale cuál: _____ No <input type="checkbox"/>		¿Cuántas? <input type="checkbox"/>

Cargas Familiares Legales

N°	Nombre y Apellidos	F. de Nacimiento	Cédula de Identidad	Edad	Parentesco	Sistema de Salud
1						
2						
3						
4						

Me dirijo al Consejo Administrativo de Bienestar, del Servicio Local de Educación Pública Atacama, declarando con mi firma que:

Yo _____ rut _____ solicito se acoja mi solicitud de afiliación al Servicio de Bienestar, declarando conocer y aceptar las disposiciones de su reglamento aprobado mediante resolución exenta N°115, del 2022, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por lo tanto, sólo en caso de ser aceptada mi solicitud, autorizo el descuento del 1% de mi renta imponible, por única vez, en concepto de cuota de incorporación.

Además, autorizo a que, a partir del segundo mes de aceptada mi incorporación y mientras mantenga mi calidad de afiliado/a al Servicio de Bienestar SLEP ATACAMA, se realice el descuento por planilla, correspondiente al aporte mensual, monto equivalente al 1% de mi renta imponible.

FIRMA FUNCIONARIO/A: _____ EN _____ A _____ DE _____ DEL 202_____

IMPORTANTE: TODAS LAS SOLICITUDES DE AFILIACIÓN DEBEN SER ACOMPAÑADAS CON LA FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD VIGENTE, POR AMBOS LADOS, DEL SOLICITANTE.

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

APROBADA **RECHAZADA**

MOTIVO APROBACIÓN O RECHAZO	
FECHA DE RECEPCIÓN ANTE CONSEJO ADMINISTRATIVO	
FECHA DE AFILIACIÓN (MES 1° DESCUENTO POR PLANILLA)	
ADJUNTA FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD	