

## SERVICIO DE BIENESTAR SLEP CHINCHORRO

### SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
/ /					
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		N° Cédula de Identidad	
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:		Cargas Familiares:	
Señale cuál: _____		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? <input type="text"/>	
No <input type="checkbox"/>				NO <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 del Servicio de Bienestar, del Servicio Local de Educación Pública Chinchorro, 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 Decreto Exento N° N°280, del 2022, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por lo tanto, sólo en caso de ser aceptada mi solicitud, autorizo a que, a partir del mes de aceptada mi incorporación y mientras mantenga mi calidad de afiliado/a al Servicio de Bienestar del Servicio Local de Educación Pública de Chinchorro, se realice el descuento por planilla, correspondiente al aporte mensual, monto equivalente al **1% de mi sueldo base**.

A su vez, me comprometo a pagar directamente al Servicio de Bienestar del Servicio Local de Educación Pública de Chinchorro (SLEPCH) a la **cuenta corriente del Banco Estado de Chile N° 1009001847**, las cuotas u otros descuentos que por cualquier causa y/o circunstancia no se hayan efectuado a través de mis remuneraciones en forma oportuna.

Por último, y de acuerdo a lo estipulado en el art. N° 24 letra C ) sobre beneficio de fallecimiento del afiliado/a, autorizó entrega del beneficio a : \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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	