UMCE
el poder transformador de la educación

Gestión y Desarrollo de Personas

SOLICITUD DE SUBSIDIOS

FECHA	**/ / 20____**
COMP	

I. ANTECEDENTES DEL AFILIADO

Nombre del Afiliado:			
Servicio / Departamento:			
R.U.T.:		**Anexo:**	
Domicilio Actual:			

*Solicita al Servicio de Bienestar del Personal de la UMCE, el subsidio que le corresponde de acuerdo al **Artículo 26 del Reglamento de Bienestar**, por la causal que se indica a continuación:*

II. SELECCIÓN DE BENEFICIO Y REGISTRO DE CAUSAL

A. BONO DE MATRIMONIO

Inscripción Registro Civil N°:		**de:**	
Fecha de Matrimonio:	**/ /**	**Contrayente:**	

B. BONO DE NATALIDAD

Inscripción Registro Civil N°:		**de:**	
Fecha de Nacimiento:	**/ /**	**Nombre Recién Nacido:**	

Inscripción Registro Civil N°:		**de:**	
Fecha de Nacimiento:	**/ /**	**Nombre Recién Nacido:**	

C. BONO DE FALLECIMIENTO

Causante:	**[ ] AFILIADO**	**[ ] CARGA FAMILIAR**	
Inscripción Registro Civil N°:		**de:**	
Fecha de Fallecimiento:	**/ /**	**Nombre del Fallecido:**	

III. REGISTRO DE SOLICITANTE Y FIRMA

Nombre del Solicitante:	
R.U.T. Solicitante:	
Domicilio Solicitante:	
Fecha de Solicitud:	**/ / 20____**

_____

FIRMA AFILIADO

(Debe coincidir con firma del afiliado)

Este formulario es de uso exclusivo para afiliados del Servicio de Bienestar del Personal UMCE. Toda solicitud debe adjuntar los certificados de respaldo correspondientes emitidos por el Servicio de Registro Civil e Identificación.