

ANEXO: POSTULACIÓN COMPRA O ARRIENDO DE EQUIPO MÉDICO

Si la solicitud es de Arriendo o Compra de Equipo Médico, especificar nombre del equipo médico requerido, institución donde se compre el insumo y/o arriende, junto al valor específico en el lugar de compra y/o arriendo de equipo médico.

Ejemplo: Cama Clínica / Linde / \$25.000.- mensual.

Nombre del equipo médico	Institución donde requiere comprar o arrendar el equipo	Costo total del equipo o Costo de arriendo mensual (Depende del caso)	*Cuanto solicita de aporte
		\$	\$
		\$	\$

Recordar agregar documentación respaldatoria médica. En este caso acompañar el certificado Médico emitido por el médico tratante del paciente, **el que deberá incluir el Diagnóstico con indicación de uso de Equipo Médico** (Ej.: De acuerdo a Diagnóstico de paciente se requiere uso de catre clínico)



DOCUMENTOS QUE DEBE REMITIR JUNTO AL FORMULARIO SOCIAL.

<p>POSTULACIÓN COMPRA O ARRIENDO DE EQUIPO MÉDICO</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Certificado Médico que incluya Diagnóstico, con indicación de uso de Equipo Médico (Ej.: De acuerdo a Diagnóstico de paciente, se indica uso de catre clínico) <u>-Documento no puede superar los 30 días hábiles de emisión-</u>✓ Cotización de Equipo Médico. <u>-Documento no puede superar los 30 días corridos de emisión-</u>
--	--

Una vez completado el formulario se debe enviar en formato Word o PDF al correo social@corporaciondeayuda.cl junto con documentación respaldatoria solicitada.

Si se logra determinar que toda o parte de la documentación que Ud. acompañó a la presente postulación del Fondo Solidario de Salud no corresponde a su realidad y/o a la de su familia, dichos antecedentes serán remitidos a la Comisión de Ética de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros de Chile, con tal que ésta evalúe las eventuales sanciones que pudieran ser aplicadas al socio solidario.

En caso de mantener alguna duda y/o consulta para completar ficha o proceso de postulación, pueden comunicarse con el área Social de la Corporación de Ayuda a la Familia de Carabineros, al número telefónico del Servicio Social de Lunes a Viernes de 08.00 am a 17.30 pm.

  **+569 77661241**