

ANEXO: POSTULACIÓN PROGRAMA PRE PAGADO O BONO PAD FONASA.

Si la solicitud es de un PROGRAMA PRE PAGADO O BONO PAD FONASA, indicar institución que presto o prestará el servicio médico (clínica u hospital); monto del servicio, indicar si ya pago o no el bono o programa, indicar cuál es el monto que solicita de aporte.

Ejemplo: HOSPITAL SALVADOR / \$800.000.- / SI / \$500.000.- / YA SE REALIZÓ CIRUGÍA.

Institución en la cual se operó u operará	Monto pagado o por pagar	Indicar si ya pago o no el valor del Programa Pre Pagado o Bono PAD		* Cuanto solicita de aporte.
		Si	No	
	\$	Si	No	\$
	\$	Si	No	\$
	\$	Si	No	\$
<u>INDICAR SI YA SE HA REALIZADO CIRUGÍA:</u>				

Recordar que debe acompañar a la presente solicitud, toda la documentación respaldatoria:

- ✓ Receta o Certificado Médico con diagnóstico e indicación de cirugía por la cual solicita apoyo.
- ✓ Documento que acredite valor de Programa Pre Pagado o Bono PAD.
- ✓ Epicrisis médica, en caso de que ya se haya realizado la cirugía.
- ✓ Comprobante de pago de Programa Pre Pagado o Bono PAD, en caso de que ya se haya realizado la cirugía.



DOCUMENTOS QUE DEBE REMITIR JUNTO AL FORMULARIO SOCIAL.

<p>PROGRAMA PRE PAGADO O BONO PAD FONASA</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Certificado médico o receta en el cual se indique diagnóstico e indicación de cirugía.✓ Documento que indique valor de Programa Pre Pagado o Bono PAD.✓ Comprobante de pago de Programa Pre Pagado o Bono PAD en caso de que ya se haya realizado la cirugía.✓ Epicrisis Médica, en caso de que ya se haya realizado la cirugía.
---	---

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**