

FICHA DE POSTULACIÓN

Antes de postular, es necesario que el socio solidario postulante conozca los requisitos, condiciones y alcances del referido Programa establecido en su respectivo Reglamento de Fondo Solidario de Salud, el cual lo puede encontrar en: www.corporaciondeayuda.cl/tarjeta o solicitarlo en el correo electrónico social@corporaciondeayuda.cl

Fecha de la solicitud: _____

1.- ANTECEDENTES DEL FUNCIONARIO (Completar todos los datos solicitados, los cuales deben corresponder al socio solidario exclusivamente):

Nombre					
Rut:		Grado:			
Cod. Funcionario		Estado Civil			
Llamado al Servicio o Reintegrado	SI	NO			
Dirección			Ciudad		
Correo Electrónico					
N° Teléfono			N° WhatsApp		

2.- SITUACIÓN HABITACIONAL:

Reside en calidad de: (Marque con una X respecto a su situación habitacional actual) **Si reside en calidad de uso gratuito, vivienda cedida u otro, debe especificarlo en la cuadrícula indicada.**

Propietario	Allegado	Arrendatario	Fiscal	Adquiriente (Pagando dividendo)
Otros	Especificar:			

3.- INDIVIDUALIZACIÓN GRUPO FAMILIAR.

Identificación de su grupo familiar, indicando nombre, edad, parentesco y si alguno de ellos es carga familiar de usted, como asimismo la actividad que desempeñan y si generan ingresos que vayan en favor del grupo familiar. Destacar que un grupo familiar lo componen las personas que viven con usted o en caso de mantener disgregación (lo cual se considera cuando por razones laborales, el funcionario vive en una región y su familia reside en otra), las personas con las cuales comparte gastos e ingresos.

Ejemplo: Juan Pérez / 20 años / Hijo / Si / Estudiante Universitario / \$0.-

Nombre	Edad	Parentesco	Carga familiar (si/no)	Ocupación	Ingresos
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

3.1.- El grupo familiar paga o recibe pensión de alimentos (Indicar nombre del integrante del grupo familiar que recibe o entrega pensión de alimentos y el valor de la misma):

Nombre y Parentesco	Recibe pensión de alimentos	Entrega pensión de alimentos	Total
			\$
			\$

3.2.- El grupo familiar mantiene ingresos (recibe dinero) por otro concepto aparte de su sueldo. (Ejemplo: renta de arriendo de otros inmuebles, trabajos esporádicos, etc.)

Nombre	Recibo ingresos por concepto de:	Total
		\$
		\$
		\$

4.- INDIVIDUALIZACIÓN DEL PACIENTE(S) Y/O POSTULANTE(S) AL BENEFICIO.

Completar nombre del paciente que postula al beneficio, indicando el parentesco con Ud. (Cónyuge, hijo, hija o el mismo socio), el diagnóstico y datos personales solicitados. **(Destacar que puede ser más de 1 paciente)**

Ejemplo: Sandra Carrillo / Cónyuge / 36 años / 10-12-1987 / Fractura de tobillo izquierdo.

Nombre paciente N° 1		Parentesco con el socio	
Edad		Fecha de nacimiento	
Diagnóstico y/o Diagnósticos de egreso			
Nombre paciente N° 2		Parentesco con el socio	
Edad		Fecha de nacimiento	
Diagnóstico y/o Diagnósticos de egreso			
Nombre paciente N° 3		Parentesco con el socio	
Edad		Fecha de nacimiento	
Diagnóstico y/o Diagnósticos de egreso			

Recordar agregar documentación respaldatoria médica según corresponda (Certificados o informes médicos, epicrisis, recetas, etc.)

5.- ANTECEDENTES ECONÓMICOS DEL GRUPO FAMILIAR.

5.1.- Egresos mensuales (Gastos) por concepto de consumos básicos y de manutención.

Entiéndase como egresos por concepto de consumos básicos todos aquellos gastos que permiten cubrir las necesidades básicas de su grupo familiar.

Luz (**)	\$
Agua (**)	\$
Gas (**)	\$
Alimentación (supermercado, feria y gastos diarios)	\$
Movilización (particular o transporte público de todos los integrantes del grupo familiar)	\$
Televisión por cable e Internet hogar (banda ancha o datos móviles) (**)	\$
Tag y/o Peaje (si corresponde)	\$
Celulares (grupo familiar) (**)	\$
Otros que desee acreditar (Detallar) (**)	\$
Otros (Detallar) (**)	\$
Otros (Detallar) (**)	\$

Recordar agregar documentación respaldatoria en ítems que contengan el siguiente signo (), no se considerará el gasto informado en caso que éste no sea respaldado.**

5.2.- Egresos mensuales (Gastos) por concepto de Educación.

Entiéndase cómo egresos en educación, todos aquellos orientados a pagar mensualmente estudios de enseñanza preescolar, básica, media, técnico y/o profesional. También debe agregar en este ítem si gasta en pensión estudiantil si mantiene hijo estudiando en otra ciudad.

Educación básica o preescolar (**)	\$
Educación media (**)	\$
Educación técnica o profesional (**)	\$
Pensión o arriendo en caso de tener hijo estudiando en educación superior en otra región (**)	\$

Recordar agregar documentación respaldatoria en ítems que contengan el siguiente signo (), no se considerará el gasto informado en caso que éste no sea respaldado.**

5.3.- Egresos mensuales (Gastos) por concepto de salud del grupo familiar.

Entiéndase cómo egresos en concepto de salud, aquellos gastos en medicamentos y/o consultas particulares del grupo familiar.

Ejemplo: Juan Pérez (Hijo) / Terapias Ocupacionales / \$25.000.- / \$100.000.-

Nombre	Tipo de gasto consultas/ medicamentos/ otros	Gasto Unitario	Total Mensual
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Recordar agregar documentación respaldatoria en ítems que contengan el siguiente signo (), no se considerará el gasto informado en caso que éste no sea respaldado.**

5.4.- Egresos mensuales (Gastos) por concepto de vivienda.

Entiéndase como egresos en concepto de vivienda los gastos que mantiene por lugar en donde vive junto a su grupo familiar, ya sea en calidad de arriendo u otro.

Ejemplo: Crédito Hipotecario: \$450.000.-
Gastos Comunes: \$25.000.-

Monto por concepto de vivienda (arriendo, dividendo, etc.) (**)	\$
Crédito hipotecario (**)	\$
Gastos comunes (**)	\$
Contribuciones (**)	\$
Otros (**)	\$

Recordar agregar documentación respaldatoria en ítems que contengan el siguiente signo (), no se considerará el gasto informado en caso que éste no sea respaldado.**

5.5.- Egresos mensuales (Gastos) por concepto de recreación.

Detallar salidas o actividades con sus hijos o familiares que generen gastos mensuales.

Ejemplo: Salida al Cine \$50.000.-

Actividad:	\$
Actividad:	\$

6.- ENDEUDAMIENTO EN EL EXTRA SISTEMA.

En este ítem debe dar a conocer todas las deudas que mantenga con entidades bancarias o entidades financieras que conlleve un pago mensual regular.

Ejemplo: Tarjeta de Crédito / CMR Falabella / \$50.000.- / Al día.

Tipo de deuda	Entidad (Banco, Casa Comercial, Financiera, Etc.)	Monto de deuda mensual (Cuota mensual que paga)	Estado de deuda (Al día, atrasada, con morosidad, etc.)
Tarjeta de crédito (**)		\$	
Crédito bancario (**)		\$	
Crédito comercial (**)		\$	
Crédito automotriz (**)		\$	
Otros (Detallar) (**)		\$	

Recordar agregar documentación respaldatoria en ítems que contengan el siguiente signo (), no se considerará el gasto informado en caso que éste no sea respaldado.**

****De acuerdo a lo prescrito en el Art 1 del Reglamento del Programa Fondo Solidario, si bien la corporación busca ser un aporte a la problemática de salud en la que se encuentra el socio y/o su grupo familiar, siempre debe tenerse en consideración que los recursos son limitados y existen múltiples solicitudes.***

DOCUMENTOS QUE DEBE REMITIR JUNTO A LA FICHA DE POSTULACIÓN.

- ✓ Últimas tres liquidaciones de sueldo de funcionario.
- ✓ Última liquidación de cónyuge o conviviente en caso que mantenga trabajo formal.
- ✓ Comprobantes de gastos ingresados a Ficha de Postulación (Luz, Agua, Teléfonos, Tarjetas de Crédito, Hipotecarios, Etc.)
- ✓ Toda documentación solicitada según su postulación, detallada en el anexo correspondiente.

Junto a la Ficha de Postulación, debe llenar y adjuntar anexo de la solicitud que está realizando. (Ejemplo; Medicamentos, Formula Láctea, Prestaciones Asistenciales, Deudas de Salud, etc.)

Se debe enviar en formato Word o PDF al correo social@corporaciondeayuda.cl junto con documentación respaldatoria solicitada.

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 Jueves de 08.00 am a 17.30 pm y los Viernes de 08.00 am a 16.30 pm.

  **+569 77661241**