

**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](http://www.corporaciondeayuda.cl/tarjeta) o solicitarlo en el correo electrónico [social@corporaciondeayuda.cl](mailto:social@corporaciondeayuda.cl)

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

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

<b>Nombre</b>				
<b>Rut:</b>			<b>Grado:</b>	
<b>Cod. Funcionario</b>			<b>Estado Civil</b>	
<b>Llamado al Servicio o Reintegrado</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Dirección</b>			<b>Ciudad</b>	
<b>Correo Electrónico</b>				
<b>N° Teléfono</b>			<b>N° WhatsApp</b>	

**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.

<b>Nombre paciente N° 1</b>		Parentesco con el socio	
Edad		Fecha de nacimiento	
Diagnóstico y/o Diagnósticos de egreso			
<b>Nombre paciente N° 2</b>		Parentesco con el socio	
Edad		Fecha de nacimiento	
Diagnóstico y/o Diagnósticos de egreso			
<b>Nombre paciente N° 3</b>		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 AL FORMULARIO SOCIAL.**

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

**Una vez completado el formulario, debe 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](mailto: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 Viernes de 08.00 am a 17.30 pm.**

  **+569 77661241**