

FORMULARIO DE INCORPORACIÓN JUBILADOS A BIENESTAR I. MUNICIPALIDAD DE VALPARAÍSO

INSTRUCCIONES: EL FORMULARIO REQUIERE QUE INGRESE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA, DEBERÁ ADJUNTAR ÚLTIMA LIQUIDACIÓN DE SUELDO, SI ALGUNA OPCIÓN ESTA RELLENADA PODRÁ MARCARLA CON UNA X, LOS BLOQUES PINTADOS SON PARA SER LLENADOS POR ALGÚN TRABAJADOR/A DEL SERVICIO DE BIENESTAR, EN LA PARTE POSTERIOR ENCONTRARÁ UN CÓDIGO QR CON MÁS INSTRUCCIONES, SI TIENE ALGUNA DUDA O REQUIERE ASISTENCIA, POR FAVOR PREGUNTE CON CONFIANZA.	FOLIO
	ENTREVISTADOR/A _____
	FECHA DE SOLICITUD __/__/____
FECHA DE INGRESO: __/__/____	FECHA DE INICIO DE BENEFICIO: __/__/____

I.- IDENTIFICACIÓN DEL FORMULARIO (MARCAR CON UNA X)		
JUBILADO DESDE LA I. MUNICIPALIDAD DE VALPARAÍSO	JUBILADO DESDE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DEL ÁREA SALUD	FECHA DE JUBILACIÓN: __/__/____

II.- IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO			
NOMBRE COMPLETO			
CORREO ELECTRÓNICO			
RUT		FECHA DE NACIMIENTO	__/__/____
TELÉFONO PARTICULAR	#	TELÉFONO DE EMERGENCIA	#
DIRECCIÓN DOMICILIO			

III.- MANDATO ESPECIAL			
ANTE MI EVENTUAL DECESO EN CALIDAD DE AFILIADO/A A ÉSTE SERVICIO DE BIENESTAR, DISPONGO QUE LA CORRESPONDIENTE AYUDA POR DEFUNCIÓN SEA PAGADO A: (MAYOR A 18 AÑOS)			
NOMBRE COMPLETO			
RUT		TELÉFONO	

IV.- APORTES MENSUALES, 4 U.T.M. ANUAL (DESDE SEGUNDO AÑO DE JUBILAR) Y/O CARENCIA (MARCAR CON UNA X)	
OPCIÓN A	OPCIÓN B
CONTINUIDAD DE AFILIACIÓN	NUEVA AFILIACIÓN (SI HAN PASADO MÁS DE 6 MESES)
DEBERÁ PAGAR SÓLO LOS APORTES MENSUALES Y AL AÑO SIGUIENTE A SU JUBILACIÓN DEBERÁ REALIZAR EL APORTE DE 4.U.T.M. ANUALES	DEBERÁ PAGAR CARENCIA, APORTE MENSUAL Y AL AÑO SIGUIENTE A SU JUBILACIÓN DEBERÁ REALIZAR EL APORTE DE 4.U.T.M. ANUALES
PAGO DIRECTO CON BOLETÍN DE INGRESO MUNICIPAL:	

V.- FORMA DE PAGO PARA RECIBIR BONIFICACIONES DE BIENESTAR (MARCAR CON UNA X)			
NOMBRE DEL BANCO		No. CUENTA	
TIPO DE CUENTA (MARCAR CON X)	CORRIENTE	VISTA	CUENTA RUT

VI.- FIRMA
POR MEDIO DE LA PRESENTE, SOLICITO AL COMITÉ DE BIENESTAR, MI INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VALPARAÍSO DECLARANDO LO SIGUIENTE:
1.- QUE CONOZCO Y ACEPTO EL REGLAMENTO DEL SERVICIO DE BIENESTAR EN TODAS SUS PARTES. 2.- QUE AUTORIZO QUE SE ME EFECTÚEN LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES. 3.- QUE LOS ANTECEDENTES CONFIDENCIALES PRESENTADOS SON FIDEDIGNOS.

FIRMA ENCARGADA DE BIENESTAR

FIRMA INTERESADO/A

FIRMA PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIENESTAR

VII.- INCORPORAR GRUPO FAMILIAR A BIENESTAR

INSTRUCCIONES: PARA INCORPORAR SUS CARGAS FAMILIARES AL SERVICIO DE BIENESTAR, DEBEN ESTAR PREVIAMENTE RECONOCIDAS POR SU EMPLEADOR MUNICIPAL EN SU LIQUIDACIÓN DE SUELDO Y PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CORPORACIÓN, ESTAS DEBEN ESTAR RECONOCIDAS POR SU CAJA DE COMPENSACIÓN, ADJUNTANDO UN CERTIFICADO DE CARGA VIGENTE

ID	NOMBRE	RUT.	F. NACIMIENTO	PARENTESCO	PAGO DE INCORPORACIÓN OPCIÓN A: PAGO EN EFECTIVO OPCIÓN B: DESCUENTO EN 1 CUOTA OPCIÓN C: DESCUENTO EN 6 CUOTAS POR PLANILLA	MES DE DESCUENTO POR PLANILLA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

INSTRUCCIONES

EL CÓDIGO QR MENCIONADO LO REDIRIGIRÁ AL SITIO WEB WWW.BIENESTARVALPO.CL/INSCRIBIRSE , PLATAFORMA OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE BIENESTAR DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VALPARAÍSO, DONDE ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES DE LLENADO, EL REGLAMENTO DE BIENESTAR Y EL MANUAL DE BENEFICIOS.