

Fecha Bienestar Central	
-------------------------	--

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A BIENESTAR SLEPCH

### IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (OBLIGATORIA PARA LA AFILIACION)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Cédula de Identidad	Domicilio Particular		
Establecimiento y/o Subdirección y Unidad	Cargo	Grado	
Correo electrónico (Laboral o particular para recepción de información)	Teléfono Contacto		

Declaro conocer y aceptar las disposiciones del Reglamento Particular del Servicio de Bienestar del Servicio Local de Educación Pública de Chinchorro, por lo tanto, acepto el descuento del aporte mensual para pertenecer al Servicio de Bienestar correspondiente al **1% del sueldo base** a contar del mes de \_\_\_\_\_ y de las demás sumas correspondientes a prestaciones tales como, pago de préstamos e intereses u otros compromisos derivados de las disposiciones reglamentarias.

A su vez, me comprometo a pagar directamente al **Servicio de Bienestar del Servicio Local de Educación Pública de Chinchorro (SLEPCH)** a la cuenta corriente del **Banco del Estado de Chile N° 1009001847**, las cuotas u otros descuentos que por cualquier causa y/o circunstancia no se hayan efectuado a través de mis remuneraciones mensuales en forma oportuna.

Por último, y de acuerdo lo estipulado en el **Art. N°24 letra C) sobre el Beneficio de Fallecimiento del afiliado/a**, autorizó entrega del beneficio a:

Nombre Completo	Rut	Celular

\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO/A

\_\_\_\_\_  
FIRMA ENCARGADO(A) SERVICIO DE BIENESTAR

### USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

Aprobada	Rechazada	Fecha	Observaciones

\_\_\_\_\_  
V°B° SERVICIO DE BIENESTAR