Formulario de solicitud de ayuda especial

Antecedentes del solicitante

RUT	NOMBRE COMPLETO

OFICINA / DEPENDENCIA	CARGO

SUELDO BASE	CANTIDAD DE CARGAS FAMILIARES	FECHA DE INGRESO AL BANCO
$		

Resumen del caso

/ /

FECHA DE SOLICITUD

FIRMA DEL SOLICITANTE

$ **GASTO TOTAL**

$ **BONIFICACIÓN ISAPRE**

$ **TOTAL SOLICITADO**

$ **A REEMBOLSAR**

$ **GASTO AÑO ANTERIOR**

$ **GASTO AÑO ACTUAL**

Resolución del directorio:

V°B° DIRECTORIO

Moneda 920, Piso 3, Oficina 303
Fonos: 22 648 46 54 - 22 647 62 08
Anexos: 84654 - 76208
e-mails: sisachcorsal@gmail.com / salud.corsal@santander.cl
www.corsal.cl