

**FORMULARIO “Fondo solidario de salud catastrófico”**

<b>Rut</b>	
<b>Nombre Colaborador</b>	
<b>Cargo</b>	
<b>Unidad/Área</b>	
<b>Gerencia</b>	
<b>Teléfonos de contacto</b>	
<b>Dirección</b>	

Parentesco	Colaborador	Pareja	Hijos	Padre/Madre
Indique con una X				
<b>Rut Familiar</b>				

<p><b>Motivo de la Solicitud</b> (indicar diagnóstico, tratamiento, costos realizados y proyectados; y adjuntar toda la documentación que compruebe lo declarado)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha de inicio diagnóstico:</li> <li>Diagnóstico confirmado y/o supuesto:</li> <li>Detalle de costo incurridos:</li> <li>Agravantes o situaciones limitantes:</li> </ul>
<p><b>Documentos que se adjuntan en solicitud (cantidad y tipos):</b></p>

Yo: \_\_\_\_\_ declaro que la información aquí informada es copia fiel de la realidad y quedo sujeto a la solicitud de cualquier nueva documentación por parte de los integrantes del Comité.

--	--	--

**Fecha de envío a Recursos Humanos**

**Firma Colaborador**