



CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO
SOCIAL DIRECCION DE SALUD SAN JOAQUIN
SERVICIO DE BIENESTAR APS

FORMULARIO DE SOLICITUD

BENEFICIOS

San Joaquín, _____ / _____ / _____

- DATOS DEL FUNCIONARIO/A:**

Yo, _____ _____
Funcionario/a de: _____
C.I. _____ E-mail: _____
Señale Cuenta Corriente para realizar transferencia si fuera necesario: _____ _____

- SELECCIÓN BENEFICIO SOLICITADO:**

MARCAR OPCIÓN	BENEFICIO	MONTO ASIGNADO (completa Bienestar APS)	DOCUMENTOS PRESENTADOS
	BONO NATALIDAD		
	BONO MATRIMONIO		
	ASIGNACIÓN DE FALLECIMIENTO		
	REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS		
	PRESTAMO DE EMERGENCIA		
	AYUDA SOCIAL		

Firma Afiliado BAPS
solicitante de beneficio

Firma Encargada
Servicio de Bienestar APS