



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

## FORMULARIO DE SOLICITUD

### BENEFICIOS

San Joaquín, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /24

- DATOS DEL FUNCIONARIO/A:**

Yo, _____ _____
Funcionario/a de: _____
C.I. _____ E-mail: _____
Señale <b>Cuenta Corriente</b> 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 SOLIDARIO		
	AYUDA SOCIAL		

\_\_\_\_\_  
Firma Afiliado BAPS  
solicitante de beneficio

\_\_\_\_\_  
Firma Encargada  
Servicio de Bienestar APS