

**OBJETIVO DE LA SOLICITUD**

(Marcar con una X lo que corresponda)

(Marcar sólo una alternativa)

NUEVO BENEFICIARIO

AUMENTO DE CARGAS

RENOVACION DE CARGAS


\_\_\_\_\_

FECHA SOLICITUD

**IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

**DOMICILIO DEL TRABAJADOR**

CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGION	

**CALIDAD JURIDICA**

**PLANTA**

**CONTRATA**


**GRADO**

--	--

**CARGO**

.....  
**PROFESION**

**IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (Sólo si es distinto del trabajador)**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

**DOMICILIO DEL SOLICITANTE**

CALLE	N°	DEPTO	COMUNA	CIUDAD	REGION	

**SOLICITA PAGO DE ASIGNACION FAMILIAR POR LAS SIGUIENTES CARGAS**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA INICIO O CESE DE BENEFICIO	PAREN TESCO (*)	SEXO	TIPO DE CARGA

**SEXO**  
Masculino = 1  
Femenino = 2

**TIPO DE CARGA**  
Simple = 1  
Duplo = 2  
Maternal = 3

(\*) Si el causante no tiene parentesco con el beneficiario y está a su cuidado en virtud del artículo 29 de la Ley N°16.618, la columna parentesco deberá quedar en blanco y se deberá adjuntar la Resolución del Tribunal correspondiente.

**DECLARACION JURADA DEL TRABAJADOR/SOLICITANTE**

Declaro bajo juramento que las personas invocadas como causantes de asignación familiar viven a mis expensas y no reciben rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el art. 4° de la Ley N°18.806 (para estos efectos la pensión de orfandad no se considera renta); que no han sido invocadas ante otra entidad pagadora del beneficio y que los hijos mayores de 18 años son solteros y siguen cursos regulares de enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior en Instituciones del Estado o reconocidas por éste.

Declaro además conocer lo dispuesto en el artículo 18 del D.F.L. N°150, de 1981, que, sin perjuicio de la restitución de las sumas indebidamente percibidas, sanciona con presidio a quien percibe indebidamente la asignación familiar, sea proporcionando datos falsos o no comunicando la extinción del derecho al beneficio dentro del plazo de 60 días contados desde que acontece o por otro medio fraudulento cualquiera.

\_\_\_\_\_

FIRMA, FECHA Y TIMBRE RECEPCION SOLICITUD

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR /SOLICITANTE