

**INFORME DE SOLICITUD DE AYUDA (I.S.A)**

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

NOMBRE ASOCIADO: \_\_\_\_\_ RUT N° \_\_\_\_\_

Domicilio Particular : \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_ Renta Líquida \$ \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Estado civil: Casado: \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre Cónyuge: \_\_\_\_\_

¿ Tiene trabajo remunerado? SI / NO Renta Líquida Mensual \$ \_\_\_\_\_

N° de cargas familiares \_\_\_\_\_ N° de hijos \_\_\_\_\_

N° de hijos en cada nivel: Básica \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_\_

Casa habitación: Propia \_\_\_\_\_ Arrendada \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Canon arriendo / dividendo mensual \$ \_\_\_\_\_

¿ Posee otros bienes ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Vehículos: Cantidad \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

(Valor de compra si es del año o valor de tasación en caso contrario)

**ACCIONES:**

Cantidad \_\_\_\_\_ S.A. Emisora: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Cantidad \_\_\_\_\_ S.A. Emisora: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

(Valor total de compra si son del año o valor bursátil a la fecha de la presentación de la solicitud)

BIENES RAICES: Cantidad \_\_\_\_\_ Avalúo Fiscal \$ \_\_\_\_\_

**OTROS :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PASIVOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE LA SOLICITUD

Fecha de ocurrencia del hecho que motiva la solicitud de ayuda : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Parentesco con asociado: \_\_\_\_\_

Tipo de ayuda: (marque con X lo que corresponda)

Enfermedad Grave \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Tratamiento médico prolongado \_\_\_\_\_ Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Tratamiento por adicción \_\_\_\_\_ Tipo de adicción \_\_\_\_\_

Accidente grave \_\_\_\_\_ Tipo de accidente \_\_\_\_\_

Pérdida de bienes materiales \_\_\_\_\_ Motivo de la pérdida \_\_\_\_\_

Orfandad de los hijos \_\_\_\_\_

Monto bruto del gasto \$ \_\_\_\_\_

Menos:

Bonificación ISAPRE/FONASA \$ \_\_\_\_\_

Sub Total \$ \_\_\_\_\_

Menos

Bienestar SII \$ \_\_\_\_\_

Seguros adicionales \$ \_\_\_\_\_

F.A.G \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Monto real gasto soportado por el asociado \$ \_\_\_\_\_

(para solicitar ayuda, el monto del gasto 30 UTM liquido)

ANTECEDENTES ACOMPAÑADOS A LA SOLICITUD

Carta solicitud \_\_\_\_\_ Detalle de los gastos efectuados \_\_\_\_\_

Documentos respaldatorios de los gastos \_\_\_\_\_

FIRMA SOLICITANTE

DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SE AJUSTAN A LA VERDAD, CON LA FIRMA DE LA SOLICITUD, AUTORIZO AL HABILITADO CORRESPONDIENTE, A EFECTUAR LOS DESCUENTOS POR CUALQUIER DIFERENCIA A DEVOLVER EN LOS CASOS DE ANTICIPOS RECIBIDOS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

INFORME DIRECTIVA REGIONAL

Grado de colaboración del solicitante con actividades de:

C.A.S.A. Nacional: Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

C.A.S.A. Regional: Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

Otras de AFIIICH: Muy Buena \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

(Asambleas, cumplimiento acuerdos, participación comisiones, etc)

PRONUNCIAMIENTO DIRECTIVA REGIONAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DELEGADO C.A.S.A. REGIONAL

PRESIDENTE A.F.I.I.CH. REGIONAL

NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

INFORME F.A.G

Monto \$ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Comp. Egr. N° \_\_\_\_\_

INFORME C.A.S.A. NACIONAL

Consideraciones efectuadas por la comisión para aceptar o rechazar la solicitud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Acuerdo Comisión: Rechaza \_\_\_\_\_ Acepta \_\_\_\_\_

Monto acordado \$ \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

**PRESIDENTE C.A.S.A**

**SECRETARIO C.A.S.A.**

SANTIAGO, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201 \_