Formulario de solicitud de ayuda especial

Antecedentes del solicitante

RUT	NOMBRE COMPLETO	
OFICINA / DEPENDENCIA	CARGO	
SUELDO BASE	CANTIDAD DE CARGAS FAMILIARES	FECHA DE INGRESO AL BANCO
$		

Resumen del caso

/ /
FECHA DE SOLICITUD

FIRMA DEL SOLICITANTE

$ GASTO TOTAL

$ BONIFICACIÓN ISAPRE

$ TOTAL SOLICITADO

$ A REEMBOLSAR

$ GASTO AÑO ANTERIOR

$ GASTO AÑO ACTUAL

Resolución del directorio:

V°B° DIRECTORIO

Moneda 920, Piso 3, Oficina 303
Fonos: 22 648 46 54 - 22 647 62 08
Anexos: 84654 - 76208
e-mails: sisachcorsal@gmail.com / _salud_rrhh@santander.cl
www.corsal.cl