

SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

**SERVICIO DE BIENESTAR**

|  |
| --- |
| **INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR FORMULARIO BENEFICIOS PERÍODO CONTINGENCIA COVID19**   1. **Antecedentes del Afiliado**, debe completar con letra manuscrita nombre completo, RUN, establecimiento al que pertenece, anexo o teléfono, correo electrónico.   Deberá marcar con una X si es afiliado activo o pasivo, si tiene FONASA o Isapre.   1. **Cantidad de documentos** debe detallar cantidad de antecedentes que adjunta la solicitud de beneficio. 2. **Fecha de Recepción**, aquí deberá anotar la fecha en qué usted dejó o envió vía correo electrónico la documentación a la Unidad Local de Bienestar, según su establecimiento. 3. **Firma Afiliado**, recuerde el documento no es válido sin su firma. 4. **CONSIDERACIONES GENERALES**: A la fecha nos rige el Instructivo de beneficios para el año 2020, ante cualquier modificación que disponga la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), ésta será difundida a través de las Unidades Locales de Bienestar y del Departamento de Comunicaciones de la DSSMC vía correo masivo y página web del SSMC. |