

OBJETIVO DE LA SOLICITUD      NUEVO BENEFICIARIO      
AUMENTO DE CARGAS        
DISMINUCIÓN DE CARGAS      
RENOVACIÓN DE CARGAS   

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES                      RUN**

**DOMICILIO DEL TRABAJADOR**

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**CALLE                      N°                      DEPTO.                      COMUNA                      CIUDAD                      REGIÓN**

**CALIDAD JURÍDICA                      PLANTA**

**CONTRATA**

**GRADO**

**CARGO**

**PROFESIÓN**

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRES                      RUN**

**DOMICILIO DEL SOLICITANTE**

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**CALLE                      N°                      DEPTO.                      COMUNA                      CIUDAD                      REGIÓN**

**SOLICITA PAGO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR PARA LAS SIGUIENTES CARGAS**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA INICIO O CESE DE BENEFICIO	PARENTESCO	SEXO	TIPO DE CARGA

Sexo:    Maculino 1    Femenino 2

Tipo de carga:    Simple:1    Duplo: 2    Maternal: 3

Si el beneficiario no tiene parentesco con el beneficiado y está a su cuidado en virtud del Art.29 de la Ley 18.818, la columna parentesco deberá quedar en blanco y se debe adjuntar la Resolución del Tribunal correspondiente.

**DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJADOR SOLICITANTE**

Declaro bajo juramento que las personas invocadas como causantes de asignación familiar viven a mis expensas y no reciben renta iguales o superiores del ingreso mínimo mensual a que se refiere el Art.4° de la ley N° 18.808 (para estos efectos la pensión de orfandad no se encuentra considerada renta) que no han sido invocadas ante otra entidad pagadora del beneficio, y que los hijos mayores de 18 años son soltero y siguen cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica especializada o superior en instituciones del Estado o reconocidas por éste.

Declaro además conocer lo dispuesto en el Art.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 a beneficio dentro del plazo de 60 días contados desde que acontece o por otro medio fraudulenta cualquiera.

FECHA RECEPCIÓN DE SOLICITUD

FIRMA DEL TRABAJADOR SOLICITANTE

NOTA: LOS BENEFICIARIOS CUYO INGRESO MENSUAL SUPERE LOS \$804.962.- Y QUE TENGAN ACREDITADAS CARGAS FAMILIARES, NO TENDRÁN DERECHO A VALOR PECUNIARIO ALGUNO POR DICHA CARGAS, NO OBSTANTE LO ANTERIOR, TANTO LOS REFERIDOS BENEFICIARIOS COMO SUS RESPECTIVOS CARGAS CAUSANTES, MANTENDRAN SU CALIDAD DE TALES PARA LOS DEMÁS EFECTOS QUE EN DERECHO CORRESPONDAN.-