

Solicitud de Subsidio Familiar

Antecedentes Generales

Cód. Comuna: 4104 Nombre Municipalidad: La Higuera Fecha Presentación:
 Lugar de Pago: LA HIGUERA Forma de Pago: Pago Móvil (rural) Fecha FPS:
 Puntaje FPS: Folio FPS:

Antecedentes del Beneficiario(a)

Rut Beneficiario(a): Nombre Beneficiario(a): Apellido Paterno: Apellido Materno:
 Domicilio completo:

Antecedentes del / los causantes

Rut.	DV.	Nombre Causante	Fecha Nac.	Sexo	Tipo Causante	Fecha Prob. Conc.	Parent. Ben.	Docum.

Antecedentes del Funcionario Municipal

Nombre y Apellidos del Responsable: Firma del Responsable y Timbré correspondiente:

DECLARACION JURADA

En caso de los causantes MENORES, RECIEN NACIDO, INVALIDOS Y DEFICIENTES MENTALES

1. Declaro que la(s) persona(s) por la(s) cual(es) solicito Subsidio Familiar vive(n) a mis expensas y no percibe(n) o causa(n) ingreso(s) o beneficio(s) mensual iguales o superiores al monto de dicho subsidio cualquiera sea su origen, exceptuando pensión de Orfandad. Además declaro no estar en situación de proveer por sí solo o en unión de mi grupo familiar, según corresponda, a la mantención y crianza de dicha(s) persona(s), dada mi condición socioeconómica.
2. De encontrarme en la situación señalada en la letra c) del artículo 8° del reglamento de la Ley N° 18.020 (beneficiario por un deficiente mental), declaro tener al causante bajo mi cuidado.

En caso del causante MUJER EMBARAZADA

1. Declaro conocer cada uno de los requisitos que la Ley N° 18.020 y disposiciones anexas que me exigen para gozar del Subsidio Familiar.
2. Declaro encontrarme en situación socio-económica compatible con tales requisitos.

OPCION POR SUBSIDIO FAMILIAR (se debe llenar siempre)

Marcar con una X lo que corresponda

- Sí, percibe Asignación Familiar o Maternal por causante(s) invocado(s).
- Declaro que en cumplimiento del artículo 8° de la Ley N° 18.020 opto por percibir Subsidio Familiar y por lo tanto, renuncio a la Asignación Familiar o Maternal.
- No, percibe Asignación Familiar o Maternal por causante(s) invocado(s).
- Declaro que el(los) causante(s) invocado(s) no percibe(n) Asignación Familiar o Maternal, establecido en el D.F.L. N° 150, de 1981, del M. del T. y P.S. y que no tengo conocimiento que aquel origine ésta última prestación.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

SANCIONES

Todo aquel que en forma indebida goce de Subsidio, ya sea ocultando datos, entregando falsos antecedentes o trasgrediendo las normas sobre incompatibilidad de beneficios, será sancionado de acuerdo al artículo 467 del Código Penal. Además, el infractor tendrá que restituir las sumas percibidas indebidamente, reajustadas conforme a la variación del Índice de Precios al Consumidor entre el mes anterior a aquel en que se percibieron y el que antecede a la restitución, más un interés mensual de un 1%.

IMPORTANTE: Mientras se mantengan los requisitos para originar asignación familiar o maternal, se conservará el derecho a todas las demás prestaciones que la legislación contemple en relación con dichas asignaciones.

El no cobro de 6 meses continuado del Subsidio Familiar produce la extinción del beneficio.