



Aprobado	
Rechazado	
Pendiente	

Comisión Solidaria AJUNJI Nacional

fecha de solicitud \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE BENEFICIO

#### DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo

Código de Jardín

Comuna

Región

N° de contacto

N° teléfono Laboral


#### DATOS DE CUENTA

Nombre de titular de la cuenta

N° de cuenta

Tipo de cuenta

Rut

Email


(porfavor llenar con letras imprenta)

**Solicito el beneficio de ayuda económica por las siguientes causales:**

Enfermedad Grave

Enfermedad de Alto Costo


#### Antigüedad a AJUNJI

Año

Mes


#### Documentación (fotocopias)

Solicitud de Beneficio revisado Directorio

Informe Médico

Boleta de Gastos Médicos

Otros Antecedentes


\_\_\_\_\_  
Firma y Timbre  
Directorio Regional AJUNJI

\_\_\_\_\_  
Firma y Rut  
Solicitante