

FORMULARIO SOLICITUD DE CLASIFICACIÓN POR CARENCIA DE RECURSOS PARA SALUD

I.- DATOS DEL HOGAR

A. DOMICILIO

CALLE		Nº	POB / VILLA		DEPTO.
COMUNA		CIUDAD			REGIÓN
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO			

II.- AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Autorizamos al Fondo Nacional de Salud para obtener, mediante cualquier medio, información acerca de datos personales relativos a nuestros ingresos.

B. INTEGRANTES DEL HOGAR

Cédula de Identidad	DV	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Nacionalidad	Relación c/Jefe de Hogar	Ingreso Mensual Integrante \$	Firma Integrantes del Hogar

C. TOTAL INGRESOS

Ingreso mensual del Hogar \$ _____

III.- DECLARACIÓN JURADA

"Declaro bajo juramento que todos los datos contenidos en el presente documento son verdaderos y sé que la falsedad de esta declaración me hará incurrir en las penas del art. 210 del código Penal". Declaro asimismo, que ninguno de los integrantes de este hogar está afecto a algún régimen de Seguridad Social en Salud, ni a normas especiales o convenios que le den derecho a asistencia médica.

Firma del Solicitante

Declaro que a pesar de aparecer como carga de asignación familiar, no vivo a expensas de alguien ajeno a este hogar:

Nombre

RUT

IV.- USO EXCLUSIVO ESTABLECIMIENTO

Código Establecimiento
(Consultorio, Hospital, Sucursal Fonasa)

Nombre Establecimiento

Comuna

Región

Fecha de Recepción

INSTRUCCIONES DE LLENADO

I. DATOS DEL HOGAR

A. DOMICILIO: Se registrarán los datos completos del domicilio del hogar, incluida la comuna y ciudad.

B. INTEGRANTES DEL HOGAR: Se llenará considerando en el primer cuadro (Nº1), al Jefe o Jefa del Hogar.

APELLIDO PATERNO: Se registra el apellido paterno del integrante.

APELLIDO MATERNO: Se registra el apellido materno del integrante.

NOMBRES: Se registran los nombres del integrante

NACIONALIDAD: Se registra la nacionalidad del integrante

RELACIÓN: Se registra la relación del integrante con el Jefe o Jefa del Hogar informado en este formulario.

INGRESO DEL INTEGRANTE: Se registra el monto del ingreso mensual que percibe el integrante del hogar. Si es variable, colocar promedio de últimos 6 meses.

C. TOTAL INGRESOS: Se conformará con la suma de los ingresos individuales que percibe cada uno de los integrantes del hogar.

II. AUTORIZACIÓN

Para verificar los ingresos personales de cada uno de los integrantes que los perciben.

FIRMAS: Cada integrante mayor de 18 años de edad, debe firmar la autorización.

III. DECLARACIÓN JURADA

La que establece la veracidad de los datos.

FIRMAS: El solicitante firmará como responsable de la veracidad de los datos consagrados en la presente "Solicitud de Clasificación por Carencia de Recursos para Salud".

IV. USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO

CONSULTORIO, HOSPITAL, SUCURSAL FONASA: Se registra el Establecimiento donde el asegurado está solicitando la clasificación como carente de recursos para sí, y para el grupo familiar.

CÓDIGO: Se registra el número asignado a ese Establecimiento.

COMUNA: Se registra la Comuna del Establecimiento que está inscribiendo al asegurado.

REGIÓN: Se registra la Región del Establecimiento.

FECHA DE RECEPCIÓN: Día, mes y año en que se recibe este formulario.



600 360 3000



www.fonasa.cl



Fonasa Chile



@AyudaFonasa



@Fonasa



@FonasaChile