 

**F I C H A S O C I A L Ú N I C A C O R A F A M – J E N A B I E N**

**N° FICHA /**

Ciudad, fecha

# 1.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOCIO (A):

Nombre:

Género:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo y Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IBM: Región:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad: \_ Tel. Unidad: \_ Estado Civil: Edad: RUN: Domicilio: Email: Fono Celular:

# 2.- ANTECEDENTES DE BENEFICIOS ENTREGADOS:

Ha recibido Ayuda Económica anteriormente JENABIEN: SI NO Fecha / / Monto:$ Motivo

Ha recibido ayuda de CORAFAM: SI NO Fecha / /

Monto:$ Motivo

Ha utilizado vivienda fiscal: SI \_ NO En qué periodo

# 3.- ANTECEDENTES FAMILIARES: (personas que residen en la misma propiedad y/o causante de pensión alimenticia).



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE COMPLETO** | **RUN** | **EDAD** | **PARENTESCO****Y/O ESTADO CIVIL** | **ACTIVIDAD** | **LUGAR DE TRABAJO/ ESTUDIO** | **REMUNERACIÓN** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |

**4.- ANTECEDENTES HABITACIONALES:**

Propietario: $

Arrendatario: $

Fiscal: $

Gasto Común (administración edificio/condominio o similar): $

Observaciones:

# 5.- ANTECEDENTES DE SALUD:

Antecedentes de enfermedades crónicas o catastróficas que afecten al socio o a algún integrante del grupo familiar (diagnóstico y/o tratamiento médico).

Diagnóstico:

Gastos en Salud (propios o asociados): $ Institución en la que adeuda:

Observaciones

**6.- ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS:**

**Ingresos:**

* Total haber funcionario (a): $
* Ingreso líquido funcionario (a): $
* Otros aportes Familiares: $
* (Especificar origen):

**7.- ANTECEDENTES EGRESOS MENSUALES *(SE CONSIDERAN LOS GASTOS MAS RELEVANTES Y DE SITUACIONES ESPECIALES DEL GRUPO FAMILIAR).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ítem*** | ***Monto Mensual($)*** | ***Observación*** |
| *Arriendo o Dividendo* |  |  |
| *Gasto en Salud (enfermedad grave**y/o gasto en medicamentos e insumos permanentes)* |  |  |
| *Educación (matrícula y arancel estudios superiores)* |  |  |
| *Gasto pensión o estadía en período académico en ciudad distinta a la del grupo familiar.* |  |  |
| *Endeudamiento (créditos bancarios y otros), salvo hipotecario* |  |  |
| *Pago de Pensión de Alimentos* |  |  |
| *Total Pago de Servicios básicos, que incluye alimentación, luz agua, gas, cable, etc. y generales (gasto común, bencina, tag, etc.)* |  |  |

# 8.- INDICAR EN DETALLE LA PROBLEMÁTICA Y LO QUE SOLICITA

 \_

**9.- DECLARACIÓN DE BIENES Y/O PATRIMONIO. (indique cantidad y detalle del bien).** Para esta Ficha, el patrimonio familiar solo será referencial y no será considerado como ingreso del grupo.

|  |
| --- |
| **Bienes Inmuebles** |
| Tipo de bien (casa, dpto., parcela, terreno, etc. | Rol | Avalúo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Bienes Muebles** |
| Tipo de bien (vehículos motorizados livianos y pesados.) | marca modelo año | Avalúo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Derechos o acciones** |
| Nombre | Rut | N° ó %participación |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Otros bienes** |
| **Detallar** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

* Última liquidación de sueldo.
* Fotocopia liquidación de sueldo de los integrantes del grupo familiar que posean alguna actividad remunerada o pensionados.
* Cartola descuentos JENABIEN.
* Sábana de descuentos DIPRECA – Certificado de Deuda.
* Certificados médicos originales y comprobantes de gastos propios o asociados a la patología informada.
* Fotocopia de dividendo o arriendo,
* Documento de créditos en entidades bancarias,
* Comprobante gasto de mensualidad estudios superiores y comprobante de gastos asociados (pensión o estadía, etc.)
* Copia de libreta o cartola de pensión de alimentos actualizada y con los pagos al día.
* En caso de familiar con discapacidad (cónyuge, e hijos) adjuntar certificado médico con diagnóstico y gastos médicos.

***NOTA 1: Al firmar esta solicitud, autorizo a la Jefatura Nacional de Bienestar y Calidad de Vida la revisión de mis antecedentes en los sistemas respectivos, a fin de evaluar mi requerimiento. Tomo conocimiento que los datos omitidos o falsos, serán causal de rechazo de la petición y motivo para tomar las acciones administrativas correspondientes y la devolución del aporte, en caso que se haya concretado.***

***NOTA 2: En el momento en que el socio se presenta para solicitar ayuda, ya sea en Santiago o en Región, y habiéndose determinado que lo requerido es ayuda económica, se hace entrega de la Ficha Social Única Corafam-Jenabien, para que la complete y adjunte la documentación requerida. El plazo máximo para entregar la ficha con todos los datos y documentación, es de 15 días hábiles, desde el momento que la profesional le hizo entrega de la ficha única (oportunidad en la que la profesional consigna el N° de ficha y fecha). Si transcurren los 15 días y no se entrega la documentación, dicha solicitud no podrá ser cursada, siendo devuelta al requirente. Recibida toda la documentación completa, inicia el plazo para revisar, evaluar y presentar el caso al CAS y Corafam, que no podrá exceder de 15 días corridos.***

***Sólo se evaluarán las solicitudes cuyo costo final de cargo del funcionario sea igual o superior a $200.000. Se consideran los gastos por intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, exámenes, tratamientos, operaciones maxilofaciales, medicamentos, insumos, prótesis y órtesis.***

……………………………... ….…………………………………..

# Firma Socio Nombre y firma Jefe de Unidad

**Fecha en que el solicitante entrega la ficha única completa y con toda la documentación solicitada .**

# FIRMA DEL REQUIRENTE ASISTENTE SOCIAL

**EXCLUSIVO JENABIEN – CORAFAM – COORDINADOR REGIONAL**

# OPINIÓN PROFESIONAL

**Una vez realizada la entrevista y visita domiciliaria se debe incluir el detalle de las gestiones realizadas: orientaciones, beneficios de bienestar que correspondan, derivaciones, coordinación con redes externas, etc. y también sugerir el monto del aporte económico para el funcionario.**

# OPINIÓN COORDINADOR REGIONAL O ASISTENTE SOCIAL JENABIEN (REGIÓN METROPOLITANA):

………………………………………… Nombre y firma Profesional

# OPINIÓN PROFESIONAL ASISTENTE SOCIAL CORAFAM:

….………………………………. Nombre y firma Profesional

# RESOLUCIÓN APORTE CAS/CONSEJO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FECHA ENTREGA APORTE Y N° DE ACTA** | **APORTE ENTREGADO** |
| APORTE JENABIEN | **CAS:** |  |
| APORTE CORAFAM | **CONSEJO:** |  |
|  | **TOTAL APORTES** | **$** |

**TRANSFERENCIA FUNCIONARIO.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **BANCO** | **Nº CUENTA** |
|  |  |  |

# PAGO DIPRECA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **BANCO** | **Nº CUENTA** |
|  |  |  |