PROCESO DE APELACIÓN
DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Para la causal: 4) Gasto permanente en salud o enfermedad grave sobreviniente.

Nombre Postulante : _____

RUT : _____

IDENTIFICACIÓN DEL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR QUE PADECE LA ENFERMEDAD

Nombre : _____

RUT : _____

Diagnóstico : _____

GASTOS MÉDICOS (declarar gastos mensuales por concepto de enfermedad y/o tratamiento)

DETALLE	GASTO MENSUAL ($)	REEMBOLSO ($)
Honorarios Médicos		
Medicamentos		
Gasto por Exámenes		
Bonos		
Hospitalizaciones		
Terapias		
Otros Gastos		
TOTAL		

Nota 1: El presente documento debe ser acompañado con las boletas que respalden la información entregada.
Nota 2: En el caso de declarar un gasto mensual médico asociado a un integrante del grupo familiar, se deberá adjuntar el respaldo del saldo pendiente de pago, después de la bonificación realizada por la Isapre o Fonasa.

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Declaro que la información entregada en este documento y en los antecedentes complementarios es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, los beneficios a los que me encuentro postulando, serán revocados por el Ministerio de Educación.

_____ _____

Firma Postulante Firma Jefe de Hogar