



**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:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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