

SOLICITUD RECONOCIMIENTO DE CARGA FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO	
RUN	
CALIDAD DE CONTRATATO	
ESTATUTO	
UNIDAD DESEMPEÑO	
CORREO ELECTRÓNICO	
CONTACTO	

A.- RECONOCIMIENTO DE CARGA FAMILIAR POR EL (LOS) SIGUIENTE (S) CAUSANTE (S)

NOMBRE COMPLETO	NACIMIENTO			PARENTESCO	SEXO	FECHA RECONOCIMIENTO
	D	M	A			

B.- PRÓRROGA DE CARGA FAMILIAR POR EL (LOS) SIGUIENTE (S) CAUSANTE (S)

NOMBRE COMPLETO	RUT	PARENTESCO	SEXO	FECHA PRORROGA

C.- CESE DE LA (S) CARGA(S) FAMILIAR (ES)

NOMBRE COMPLETO	RUT	PARENTESCO	SEXO	FECHA CESE

CAUSALES PARA EL CESE QUE SOLICITA: _____

DOCUMENTOS QUE ACREDITAN PETICION: (MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA)

Certificado de Matrimonio	()	Declaración Jurada Simple Causante	()
Certificado de Nacimiento	()	Declaración Jurada Simple Beneficiario	()
Certificado de Alumno/a Regular	()	Fotocopia Cese Funciones o	()
Certificado de Defunción	()	Contrato Trabajo Causante	

OBSERVACIONES GENERALES: _____

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL (sólo en caso de trabajadores dependientes)

RUT

Servicio Local de Educación Pública Licancabur

6 1 9 8 0 9 2 0 - 3

DOMICILIO	N° DEPTO/OF.	COMUNA	REGIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
Av. Chorrillos	N° 1631, Piso. 701	Calama	Antofagasta	gdp@sleplicancabur.cl

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO DE TRABAJO (A) VIGENTE:

DIA	MES	AÑO

Declaración jurada de beneficiario solicitante

Declaro bajo juramento que las personas invocadas como causantes de asignación familiar viven a mis expensas y no reciben rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual al que se refiere el art. 4° de la Ley N° 18.806 (para estos efectos la pensión de orfandad no se considera renta); que no han sido invocadas ante otra entidad pagadora del beneficio y que los hijos, nietos y otros menores de 18 años, y los mayores de 18 años son solteros y siguen cursos regulares en la enseñanza media, técnica, especializada o superior en instrucciones del estado o reconocidas por este.

Declaro, además, conocer lo dispuesto en el art. 18 del DFL N° 150, de 1981, que, sin perjuicio de la restitución de las sumas indebidamente percibidas, sanciona con presidio quien perciba indebidamente la asignación familiar, sea proporcionando datos falsos o no comunicando la extinción del derecho al beneficio dentro del plazo de 60 días contados desde que acontece o por otro medio fraudulento cualquiera.

La autorización conferida a los causantes que requieren la condición de estudiantes por los meses posteriores al término de un periodo escolar y el inicio del siguiente sólo tendrá validez si se acredita la prosecución de los estudios. La no acreditación hará exigible la devolución de los beneficios percibidos en los referidos meses.

FIRMA DEL FUNCIONARIO

FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA, FECHA Y TIMBRE RECEPCIÓN ENTIDAD ADMINISTRADORA

CALAMA, / /2025