



VISTA FISCAL N°
(Solicita reconocimiento y pago de asignación familiar)

SOLICITUD N° _____ / SANTIAGO,

A: _____ / A LA DIRECCIÓN DE PREVISIÓN DE CARABINEROS DE CHILE

(Apellidos y nombres completos) Pensión N°
Pensionado desde el: _____ Ex _____
De acuerdo a lo establecido en el Art. 3° del D.F.L. N° 150/80 y Art. 4° del D.S. N° 75/74 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, solicita el reconocimiento y pago de asignación familiar por la(s) persona(s) que a continuación se indica(n) con quien(es) me liga el parentesco que se expresa.

1° _____
(Apellidos y Nombres)
Rut.: _____ Parentesco _____
Fecha Nac. _____ Sexo _____
Pago directo a: _____
Dirección: _____ Fono: _____

USO EXCLUSIVO DE DIPRECA.

Asignación Familiar: Desde _____ Hasta _____

N° Carga _____ Motivo cese: _____

SE PAGA : INICIO _____ TÉRMINO _____

La calidad de estudiante debe ser acreditada anual o semestralmente.
La calidad de cónyuge debe ser acreditada cada tres años
La calidad de inválido(a) debe ser acreditada cada tres años

2° _____
(Apellidos y Nombres)
Rut.: _____ Parentesco _____
Fecha Nac.: _____ Sexo _____
Pago Directo a: _____
Dirección: _____

USO EXCLUSIVO DE DIPRECA.

Asignación Familiar: Desde _____ Hasta _____

N° Carga _____ Motivo cese: _____

SE PAGA : INICIO _____ TÉRMINO _____

La calidad de estudiante debe ser acreditada anual o semestralmente.
La calidad de cónyuge debe ser acreditada cada tres años
La calidad de inválido(a) debe ser acreditada cada tres años

V° B°
JEFE DEPTO. PENSIONES

(Firma del solicitante)

REVISIÓN ADMINISTRATIVA
Iniciales y Firma Revisor

DECLARACIÓN JURADA DEL IMPONENTE

Yo _____

Rut: _____ Domiciliado en _____

(Debe indicar: Calle y N°, Población, Sector y Ciudad)

Vengo en declarar bajo juramento que la(s) persona(as) nombradas(s) al anverso del presente documento, vive(n) a mis expensas(s) a contar desde el _____ y no perciben(n) renta(s) Igual ni superior al monto de medio ingreso mínimo de sueldo, ni percibe(n) este beneficio en ninguna otra institución de Previsión u Organismo estatal ni particular.

SANTIAGO,

(Firma del imponente)

DECLARACIÓN JURADA DEL CAUSANTE

Yo _____

Rut. N° _____ Domicilio _____

(Debe indicar: Calle y N°, Población, Sector y Ciudad)

Vengo a declarar bajo juramento , que vivo a expensas de mi _____
_____ don(ña) _____

_____ a contar desde el _____ y no percibo renta igual ni superior
Al monto de medio ingreso mínimo, ni percibo este beneficio en ninguna otra Institución de Previsión u Organismo Estatal ni particular.

SANTIAGO,

(Firma del Causante)

DECLARACIÓN JURADA DEL CAUSANTE

Yo _____

Rut. N° _____ Domicilio _____

(Debe indicar: Calle y N°, Población, Sector y Ciudad)

Vengo a declarar bajo juramento , que vivo a expensas de mi _____
_____ don(ña) _____

_____ a contar desde el _____ y no percibo renta igual ni superior
Al monto de medio ingreso mínimo, ni percibo este beneficio en ninguna otra Institución de Previsión u Organismo Estatal ni particular.

SANTIAGO,

(Firma del Causante)

REVISIÓN LEGALIZADA
(Iniciales y firma del abogado)

FECHA:

V° B°
FIRMA SR. FISCAL