

ACREDITACION DE CARGAS LEGALES PARA LA OBTENCION DE BENEFICIOS DE BIENESTAR


Estimado(a) Socio(a)

Junto con saludarle y dado que usted se incorporó recientemente a nuestro departamento de bienestar, le informamos que para que sus cargas legales puedan obtener los mismos beneficios que otorga nuestro departamento a todos sus asociados, sus cargas legales deberán estar acreditadas. Si usted tiene al día este trámite, entonces pasarán a obtener de manera automática todos nuestros beneficios. En el caso que sus cargas no estén vigentes, deberá enviar los siguientes documentos a la oficina de personal de su jurisdicción, para lo que se adjuntan los siguientes formularios:

Formulario de reconocimiento de carga al que debe adjuntar:

- Hijo mayor de 18 años: certificado de nacimiento, declaración jurada simple y certificado de alumno regular.
- Hijo menor de 18 años: certificado de nacimiento.
- Conyugue: Certificado de matrimonio y declaración jurada simple.

Puede enviar copia de los documentos a la casilla cargasfamiliares@pjud.cl. El formulario debe venir firmado, según se indica en ejemplo siguiente:



PODER JUDICIAL
REPUBLICA DE CHILE

SOLICITUD DE ASIGNACION FAMILIAR Y MATERNAL

FECHA DE LA SOLICITUD

CODIGO TIPO DE BENEFICIARIO

SOLICITA PAGO DIRECTO DEL BENEFICIO

SI
NO

MARQUE X EN UNA OPCION

IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN
-			

DOMICILIO CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REG.	CORREO ELECTRONICO
-----------------	----	--------	--------	--------	------	--------------------

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (Sólo si es distinto del beneficiario)

NOMBRE O RAZON SOCIAL	RUT
-	

DOMICILIO CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REG.	CORREO ELECTRONICO
-----------------	----	--------	--------	--------	------	--------------------

IDENTIFICACION DE CAUSANTES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	CODIGO DE SEXO	CODIGO TIPO DE BENEFICIO	CODIGO TIPO DE CAUSANTE	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INICIO DEL BENEFICIO SOLICITADO	PARA USO EXCLUSIVO DEL SERVIDOR	
									APROBADO	RECHAZADO

VER CODIGOS EN EL REVERSO

IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR (Solo en caso de trabajadores dependientes)

CORPORACION ADMINISTRATIVA DEL PODER JUDICIAL	60.301.001-9
---	--------------

FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O A LA CONTRATA VIGENTE

DATOS DE SUS CARGAS

FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

DECLARACION JURADA DEL BENEFICIARIO SOLICITANTE

Declaro bajo juramento que las personas que invoco como causantes de asignación familiar, viven a mis expensas y no perciben rentas iguales o superiores al 50% del ingreso mínimo mensual a 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 invocados 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 estos últimos siguen cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior en instituciones del Estado o reconocidos por ésta.

Declaro, además, conocerlos dispuesto en el Art. 18 del D.F.L. N° 150, de 1981, que, sin perjuicio de la restitución de las sumas indebidamente percibidas, sanciona con presidio a quien percibe 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 acreditar la condición de estudiantes por los meses posteriores al término de un período escolar y al 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.

FECHA DE LA SOLICITUD

CODIGO TIPO DE BENEFICIARIO

SOLICITA PAGO DIRECTO DEL BENEFICIO

SI
NO

MARQUE X EN UNA OPCION

SUS DATOS

SE DEJA EN BLANCO