

 **DECLARACIÓN DE GASTOS MENSUALES**

**Nombre del postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de integrantes del grupo familiar: \_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Jefe hogar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Detalle a continuación el promedio de gastos mensuales de servicios básicos, en cada uno de los ítems, **en el caso de no incurrir en alguno de los gastos antes mencionados rellenar en 0**.Por otra parte, en caso de compartir el pago de servicios básicos, con otra vivienda como, por ejemplo, agua, colocar cuanto es el gasto que realiza su familia mensual.

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE**  | **MONTO MENSUAL $** |
| Alimentación  |  |
| Vivienda (arriendo o dividendo) |  |
| Luz y agua |  |
| Transporte  |  |
| Combustible (gas, parafina, leña, bencina, etc.). |  |
| Telefonía (móvil o fija) |  |
| Internet  |  |
| Educación (matricula, mensualidad, fotocopias, etc.) |  |
| Vestimenta  |  |
| Salud (plan de salud, tratamientos, medicamentos, etc.) |  |
| Varios (tecnología, entretención, otros). |  |
| **Total**  | **$** |

**Comentario** (en caso de que incurra en otro gasto no contemplado en los ítems anteriores, por ejemplo créditos de consumo o quisiera destacar una situación particular.
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de postulante Firma jefe de hogar

Nota: Adjuntar a lo menos 3 boletas de gastos básicos del núcleo familiar

**DECLARACIÓN DE GASTOS MEDICOS PARA ENFERMEDADES GRAVES O CRÓNICAS**

**Nombre del postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identificación del integrante del núcleo familiar que padece la enfermedad o se encuentra en situación de discapacidad.**

 **Nombre del postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóstico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Detalle a continuación el promedio de gastos mensuales por concepto de enfermedad y/o discapacidad, en caso de tratamiento**, por el contrario si no hubiera gastos mensuales rellenar en 0**.

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **MONTO MENSUAL $** |
| Honorarios médicos  |  |
| Medicamentos  |  |
| Exámenes  |  |
| Bonos |  |
| Hospitalizaciones  |  |
| Terapias |  |
| Otros gastos (alimentación y/o régimen especial, etc.) |  |
| **Total**  |  |

Observaciones y/o comentario de la enfermedad, (o alguna situación que usted quisiera destacar, que considere relevante comentar). **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 automáticamente por la Municipalidad de Santiago.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del postulante**

**Nota**: Debe adjuntar boletas de gastos o cotizaciones de los medicamentos en caso de no tener las boletas de gastos, más el informe médico que acredite el tratamiento que se encuentra realizando.