

RESOLUCION DE INVALIDEZ PARA SUBSIDIO FAMILIAR

La Municipalidad de:

Código:

FECHA

Solicita a los Servicios de Salud que certifiquen la invalidez de la persona señalada a continuación para optar a un subsidio familiar elevado al duplo, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 18.020 y en el artículo 5° del D.S. N° 75, de 1974, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

I.- INFORMACION CAUSANTE

Nombres y Apellidos CAUSANTE

Cédula de Identidad

II.- INFORMACION BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos BENEFICIARIO

Cédula de Identidad

Dirección BENEFICIARIO

III.- INFORMACION SALUD

CODIGO

COMPIN

FECHA RECER. COMPIN

Nombre Médico Tratante

Servicio

Verificación Domicilio - Compín (Se efectuará sólo en caso de dudas)

IV.- CERTIFICACION DE INVALIDEZ MEDICO TRATANTE

FECHA CERTIFICACION

El Servicio de Salud de _____, previa verificación de la identidad del causante individualizado en este Formulario, certifica lo siguiente:

1.- EDAD FISIOLÓGICA _____ AÑOS

2.- INVALIDEZ

DIAGNOSTICO:

Indicar recuperabilidad del causante (si procede) y medios para obtenerla:

INCAPACIDAD: Igual o superior a 2/3 _____ (incapacidad inferior a 2/3 no da derecho al beneficiario)

Nombre Médico Informante

R.U.T.

V.- INFORME MEDICÓ EXAMINADOR DE LA COMISION O ESPECIALISTA:

Nombre Médico Especialista

Firma Médico Especialista

DICTAMEN DE LA COMISION DE INVALIDEZ

Resolución N°

FECHA:

--	--	--	--	--

De acuerdo con la información reunida y exámenes practicados, pueden establecerse las siguientes conclusiones:

1.- DIAGNOSTICO:

2.- GRADO DE INCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR A 2/3 _____

3.- CONCLUSION: El Sr. (a) _____

(individualizado en el anverso del presente formulario)

REUNE ☐

NO REUNE ☐

Los requisitos de incapacidad que le permiten optar a un

Subsidio Familiar elevado al duplo, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 18.020.,

OBSERVACIONES:

SECRETARIA COMPIN

Vº Bº MEDICO CONTRALOR

PRESIDENTE DE LA COMISION DE MEDICINA
PREVENTIVA E INVALIDEZ (FIRMA Y TIMBRE)