



**SOLICITUD DE ASIGNACIÓN FAMILIAR DFL N° 150, DE 1981**

**OBJETIVO DE LA SOLICITUD**  
 (marcar con una X lo que corresponda)  
 (marcar solo una alternativa)

NUEVO BENEFICIARIO  
 AUMENTO DE CARGAS  
 DISMINUCIÓN DE CARGAS  
 RENOVACIÓN DE CARGAS


**IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

**DOMICILIO DEL TRABAJADOR**

				IQUIQUE	I
CALLE	N°	DEPTO.	COMUNA	CIUDAD	REGIÓN

CALIDAD JURIDICA      PLANTA     

   CONTRATA     

   REEMPLAZO     

CARGO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (solo si es distinto del trabajador)**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT

**SOLICITA PAGO DE ASIGNACIÓN FAMILIAR POR LAS SIGUIENTES CARGAS**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA INICIO O CESE DE BENEFICIO	PAREN- TESCO (*)	SEXO	TIPO DE CARGA

SEXO      TIPO DE CARGA  
 Masculino = 1      Simple = 1  
 Femenino = 2      Duplo = 2  
 Maternal = 3

MOTIVO DEL CESE (SOLO CUANDO SE REQUIERA) \_\_\_\_\_

(\*) Si el causante no tiene parentesco con el beneficiario y esta a su cuidado en virtud del artículo 29 de la Ley N° 16.618, la columna parentesco deberá quedar en blanco y se deberá adjuntar la Resolución del Tribunal correspondiente.

**DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJADOR/ 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 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 invocadas ante otra entidad pagadora del beneficio y que los hijos mayores de 18 años son solteros y siguen cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior en Instituciones del Estado o reconocidas por éste.

Declaro además conocer lo dispuesto en el artículo 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 de plazo de 60 días contados desde que acontece o por otro medio fraudulento cualquiera.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA/FECHA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TRABAJADOR SOLICITANTE