

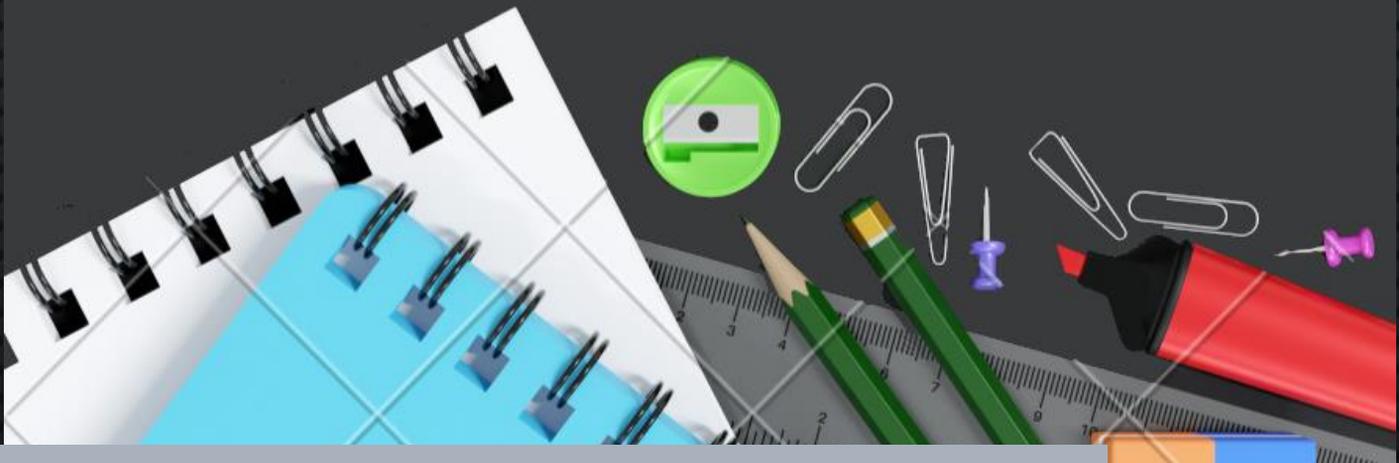
BONO ESCOLAR 2025

TRANSICIÓN MENOR, MAYOR Y KINDER	EDUCACIÓN BÁSICA	EDUCACIÓN MEDIA	EDUCACIÓN SUPERIOR
45.000	\$55.000	\$65.000	\$85.000

Beneficio cargas familiares y afiliados que se encuentren estudiando, tope anual \$280.000.-

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO:

- ☺ 6 MESES DE ANTIGÜEDAD EN BIENESTAR.
- ☺ PRESENTAR CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR TIMBRADO POR LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL(excepto si el estudiante es el afiliado).
- ☺ COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS Y DEPOSITARLO EN EL BUZÓN.



HASTA EL 30 DE MAYO

NIVEL	BENEFICIO	MONTO	REQUISITOS
TRANSICIÓN MENOR-MAYOR-KINDER	Bono de Transición Menor, Mayor y Kinder.	\$ 45.000.-	-6 meses de antigüedad en bienestar.
EDUCACIÓN BÁSICA	Bono de Educación Básica.	\$ 55.000.-	-Completar Formulario de Solicitud, adjuntar certificados y depositarlos en el buzón de bienestar.
EDUCACIÓN MEDIA	Bono de Enseñanza Media Científico-Humanista o Técnica Especializada.	\$ 65.000.-	- Para Cargas Legales : Certificado alumno regular timbrado por la unidad de administración del personal.
EDUCACIÓN SUPERIOR	Para alumnos de Enseñanza Superior en Universidades, Institutos profesionales y/o Centros de Formación Técnica acreditados. Magister y Doctorados (Excluye: Diplomados y Capacitaciones)	\$ 85.000.-	-Si el estudiante es el afiliado, debe presentar el certificado de alumno regular directo en bienestar con el formulario de solicitud. -Solo corresponden universidades en el territorio chileno aprobados por el ministerio de educación. -Tope anual de \$280.000.

EJEMPLO DE FORMULARIO

Favor entregar ordenados documentos de respaldo



Estar bien
Bienestar

SOLICITUD DE BENEFICIOS

*FECHA DE ENVÍO A SSA

FECHA DE ENTREGA
(DEPÓSITO EN BUZÓN)

2025

FOLIO INTERNO

FOLIO DEL SISTEMA

DATOS PERSONALES OBLIGATORIOS

NOMBRE DEL AFILIADO: _____

RUT DEL AFILIADO: _____ UNIDAD _____

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO _____

ISAPRE _____ ESPECIFICAR _____ FONASA _____

Nº LINEA	Nº DE PRESTACIÓN <small>Completar solo si el documento lo indica.</small> <small>Si presenta Medicamentos, óptica, dental, subsidio etc debe completar esta columna.</small>	NOMBRE DEL BENEFICIO SOLICITADO <small>Ejemplo: dental, óptica, consulta médica, medicamentos, exámenes, hospitalización, bono escolar.</small>	DOCUMENTOS DE RESPALDO	VALOR SOLICITADO (\$ valor cancelado por el afiliado)	VALOR AUTORIZADO POR SISTEMA <small>(solo bienestar completa esta columna)</small>
			INDICAR: FOLIO DEL BONO Nº DE BOLETA Nº FACTURA		
1	1	BONO ESCOLAR TRANSICION MENOR O KINDER	RUT CARGA	45.000	
2		BONO ESCOLAR E. BASICA	RUT CARGA	55.000	
3		BONO ESCOLAR E. MEDIA	RUT CARGA	65.000	
4		BONO ESCOLAR E. SUPERIOR	RUT CARGA	85.000	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

OBSERVACIONES:



FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA ASISTENTE SOCIAL

REVISADO POR JEFE DE BIENESTAR SSA

FECHA DE REVISIÓN