|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE ASIGNACIÓN FAMILIAR Y MATERNAL**  (Formulario de uso exclusivo en periodo de Emergencia Sanitaria)  *Revise los códigos de llenado en desde la página 2 en adelante* | FOLIO | | |
|  | | |
| FECHA | | |
| dd | mm | aaaa |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO** | | | | | | *SÓLO EX-TRABAJADOR, SOLICITA PAGO DIRECTO: ( Marcar con X cuando corresponda)* | | | | |
| RUT | APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | |
| - |  | | | |  | | | |  | |
| DOMICILIO / CALLE | | N° / DEPTO. | | COMUNA | | | CIUDAD | | | REGIÓN |
|  | | / | |  | | |  | | |  |
| TELÉFONO | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR** | | | | | | | | | |
| RUT | RAZÓN SOCIAL | | | | FECHA INICIO DE CONTRATO (dd/mm/aaaa) | | | FECHA TERMINO DE CONTRATO (dd/mm/aaaa) | |
| - |  | | | |  | | |  | |
| DOMICILIO / CALLE | | N° / DEPTO. | | COMUNA | | CIUDAD | | | REGIÓN |
|  | | / | |  | |  | | |  |
| TELÉFONO | | | TELÉFONO CELULAR | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE** | | | | | | *SOLICITA PAGO DIRECTO: ( Marcar con X cuando corresponda)* | | | | |
| RUT | APELLIDO PATERNO | | | | APELLIDO MATERNO | | | | NOMBRES | |
| - |  | | | |  | | | |  | |
| DOMICILIO / CALLE | | N° / DEPTO. | | COMUNA | | | CIUDAD | | | REGIÓN |
|  | | / | |  | | |  | | |  |
| TELÉFONO | | | TELÉFONO CELULAR | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL CAUSANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUT | DV | APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES | | | | CÓDIGO SEXO | CÓDIGO TIPO BENEFICIO | CÓDIGO TIPO CAUSANTE | | FECHA DE NACIMIENTO | | | FECHA DE INICIO  BENEFICIO SOLICITADO | | | | Uso Exclusivo CCAF  Respuesta a Solicitud |
| DÍA | MES | AÑO | DÍA | | MES | AÑO |
|  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| *CÓDIGO POR SEXO* | | | | *CÓDIGO TIPO BENEFICIARIO* | | | | | *CÓDIGO POR TIPO DE CAUSANTE* | | | | | | | | |
| *[01] Masculino* | | | *[02] Femenino* | *[01] Trabajador dependiente* | *[02] Subsidiado de cesantía* | | | | *[01] Asignación familiar* | | | | | *[02] Asignación maternal* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARACION JURADA DEL BENEFICIARIO - 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. Nº4 de la Ley Nº18.806 (para estos efectos la pensión de orfandad no se consideran rentas); que no han sido invocadas ante otra entidad pagadora del beneficiario y que los hijos, nietos y otros menores de 18 años, y los 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 art. Nº18 del D.F.L Nº150 de 1981, que sin perjuicio de la restitución de las sumas indebidamente percibidas, sanciona con presidio a quien percibe indebidamente 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 el 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. | **DECLARACION JURADA DEL CAUSANTE**  **(Cónyuge, Hijos mayores de 18 años, Ascendientes)**  Los más abajo firmantes, declaran bajo juramento vivir a expensas del beneficiario, no disfrutar de una renta igual o superior al 50% del ingreso mínimo mensual a que se refiere el inciso 1 del Art. 4 de la Ley N° 18.806 y no haber sido acreditado como causante de este beneficio ante algún organismo de previsión durante el período declarado. Asimismo declaran no percibir pensión básica solidaria por vejez o invalidez ni subsidio por discapacidad mental. Además, en mi calidad de estudiante mayor de 18 años, declaro que soy soltero. |
| *La firma por parte del Beneficiario – Solicitante, se reemplaza con la autorización que nos informas a través del correo electrónico que envías a la Caja, adjuntando este formulario.*  *La firma por parte del Causante, se reemplaza con la autorización que nos informas a través del correo electrónico que envías a la Caja, adjuntando este formulario.* | |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE**  Pago retroactivo: Para autorizar el pago de las prestaciones con efecto retroactivo, la empresa deberá informar el ingreso promedio. Para determinar el valor de la asignación familiar deberá calcular el ingreso promedio mensual devengado, por el beneficiario durante el semestre comprendido entre enero y junio, ambos inclusive, inmediatamente anterior a aquel en que se devengue la asignación, siempre que haya tenido ingresos, a lo menos por 30 días. En el caso de beneficiarios con ingresos inferiores a 30 días o sin ingresos, deberán informarse los ingresos correspondientes, al primer mes en que se esté devengando la asignación familiar. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COD** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR TIPO DE CAUSANTE** | **COD** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR TIPO DE CAUSANTE** |
| **01** | CÓNYUGE (MUJER) :  1. Certificado de matrimonio. | **02** | CÓNYUGE (INVÁLIDO) :   1. Certificado de matrimonio. 2. Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario. |
| **04** | HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, MENOR O IGUAL A 18 AÑOS :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Tratándose de hijastros, deben presentar el certificado de matrimonio del beneficiario. | **05** | HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, INVALIDO SIN LÍMITE DE EDAD :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. 3. Tratándose de hijastros, deben presentar el certificado de matrimonio del beneficiario. |
| **06** | HIJO INCLUIDO EL ADOPTADO Y EL HIJASTRO, ENTRE 18 Y 24 AÑOS (ESTUDIANTE) :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios. 3. Tratándose de hijastros, deben presentar el certificado de matrimonio del beneficiario. | **07** | NIETOS Y BISNIETOS HASTA LOS 18 AÑOS, HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ÉSTOS :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Certificado de nacimiento del padre o madre según corresponda. (en caso de los bisnietos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela, según corresponda). 3. Tratándose de huérfanos, presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 4. Tratándose de abandonados, Informe emitido por una asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres. |
| **08** | NIETOS Y BISNIETOS INVÁLIDOS SIN LÍMITE DE EDAD, HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ÉSTOS :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. 3. Certificado de nacimiento del padre o madre según corresponda. (En caso de los bisnietos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela, según corresponda). 4. Tratándose de huérfanos, presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 5. Tratándose de abandonados, Informe emitido por una asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres. | **09** | MADRE VIUDA :   1. Certificado de nacimiento del beneficiario. 2. Certificado de matrimonio de la madre. 3. Certificado de defunción del cónyuge de la madre. |
| **10** | ASCENDIENTE MAYOR DE 65 AÑOS :   1. Certificado de nacimiento del beneficiario. 2. Certificado de nacimiento del ascendiente que es invocado como causante y el de sus descendientes si el beneficiario es un nieto. | **11** | ASCENDIENTE INVÁLIDO SIN LÍMITE DE EDAD :   1. Certificado de nacimiento del beneficiario. 2. Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. 3. Certificado de nacimiento del ascendiente que es invocado como causante y el de sus descendientes si el beneficiario es un nieto. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COD** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR TIPO DE CAUSANTE** | **COD** | **DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR TIPO DE CAUSANTE** |
| **17** | NIETOS Y BISNIETOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE O ABANDONADOS POR ÉSTOS ENTRE LOS 18 Y 24 AÑOS (ESTUDIANTES) :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios. 3. Certificado de nacimiento del padre o madre del menor según corresponda. (En caso de los bisnietos se debe agregar el certificado de nacimiento del abuelo o abuela, según corresponda). 4. Tratándose de huérfanos, presentar certificado de defunción de ambos padres del menor. 5. Tratándose de abandonados, Informe emitido por una asistente social que acredite el abandono del menor por parte de los padres. | **18** | NIÑOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS MENORES DE 18 AÑOS AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. |
| **19** | NIETOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS ENTRE 18 Y 24 AÑOS, (ESTUDIANTES) AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. 3. Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periodicidad de los estudios. | **20** | NIÑOS HUÉRFANOS O ABANDONADOS INVÁLIDOS AL CUIDADO DE ALGUNA INSTITUCIÓN :   1. Certificado de nacimiento del causante. 2. Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. 3. Resolución de Invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. |
| **21** | TRABAJADORA EMBARAZADA :  1. Certificado que acredite el 5º mes de embarazo emitido por la matrona o médico tratante del servicio de salud pública. Si el certificado es emitido por una Isapre o médico particular deberá ser visado por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario. | 22 | CÓNYUGE EMBARAZADA  1. Certificado de matrimonio.  2. Certificado que acredite el 5° mes de embarazo emitido por la matrona o médico tratante del servicio de salud pública. Si el certificado es emitido por una isapre o médico particular, deberá ser visado por la COMPIN correspondiente al domicilio del beneficiario. |
| **26** | MENOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN MENOR O IGUAL A 18 AÑOS DE EDAD  1. Certificado de nacimiento del causante.  2. Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial. | 27 | MENOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDA DE PROTECCIÓN INVÁLIDO DE CUALQUIER EDAD  1. Certificado de nacimiento del causante.  2. Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.  3. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. |
| **28** | MENOR A CARGO DE PERSONA NATURAL EN VIRTUD DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN ENTRE 18 Y 24 AÑOS (ESTUDIANTE)  1. Certificado de nacimiento del causante.  2. Resolución u oficio del Tribunal de Familia que acredite una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.  3. Certificado de alumno regular, el cual debe ser presentado con la misma periocidad de los estudios. | 29 | HIJO DEL OTRO CONVIVIENTE CML, MENOR O IGUAL A 18 AÑOS  1. Certificado de nacimiento del causante.  2. Certificado emitido por SRC (Servicio Registro Civil), que acredita la celebración del acuerdo de Unión Civil entre el solicitante y el progenitor del hijo. |
| **30** | HIJO DEL OTRO CONVIVIENTE CML, ESTUDIANTE ENTRE 18 Y 24 ANOS  1. Certificado de nacimiento del causante.  2. Certificado emitido por SRC, que acredita la celebración del acuerdo de Unión Civil entre el solicitante y el progenitor del hijo.  3. Certificado de alumno regular el cual debe ser presentado con la misma periocidad de los estudios. | 31 | HIJO DEL OTRO CONVIVIENTE CIVIL, INVÁLIDO SIN LIMITE DE EDAD  1. Certificado de nacimiento del causante.  2. Certificado emitido por SRC, que acredita la celebración del acuerdo de Unión Civil entre el solicitante y el progenitor del hijo. Resolución de invalidez emitida por la COMPIN correspondiente al domicilio del causante. |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE INICIO DEL BENEFICIO SOLICITADO**  Se anotará el día, mes y año de inicio de la vigencia del derecho del beneficio solicitado para el causante (ejemplo: fechas de matrimonio, nacimiento, contrato de trabajo, afiliación de empresa en CCAF, inicio de escolaridad, fecha probable de concepción, fecha de resolución de invalidez, fecha inmediatamente posterior a la disminución por otro beneficiario u otra entidad administradora, etc.).  Esta fecha dará origen a la autorización de pago de la asignación familiar retroactiva, por lo cual, se deberán adjuntar las declaraciones juradas de ingreso del beneficiario, correspondiente al primer semestre (o del año, según corresponda) de cada uno de los años que se requieran para determinar el valor de la asignación familiar que en cada mes del periodo retroactivo proceda pagar.  En aquellos casos que la fecha de inicio del beneficio esté en blanco, el beneficio será autorizado desde la fecha de presentación de la solicitud de asignación familiar y maternal. | **IMPORTANTE**  1.- Los documentos de respaldo por tipo de causante, deben ser originales o copias legalizadas por un notario público.  2.- Reconocimiento de causantes extranjeros: para la acreditación de causantes extranjeros, la documentación civil debe estar visada por el consulado chileno del país de origen y el ministerio de relaciones exteriores en Chile, para certificar la identidad del causante se debe exigir la cédula de identidad para extranjeros.  3.- Los nuevos beneficiarios de asignación familiar, al momento de solicitar el primer reconocimiento deberán adjuntar a la solicitud el formulario de “Declaración jurada de ingresos de nuevos beneficiarios para determinar el valor de la asignación familiar”, con la información del periodo respectivo y debidamente firmada por el trabajador.  4.- El empleador no puede pagar ni compensar asignación familiar que no se encuentren reconocidas por la Caja. La compensación sólo tendrá validez respecto de las asignaciones autorizadas a compensar por la Caja. Compensaciones no autorizadas serán cobradas a la empresa como deuda por cotizaciones. |