



**PROCESO DE APELACIÓN  
DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

Para las causales: 1) Enfermedad grave o crónica de algún integrante del hogar  
2) Integrante del hogar en situación de Discapacidad no informada

Nombre Postulante : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR QUE PADECE LA ENFERMEDAD O SE  
ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD**

Nombre : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_

Diagnóstico : \_\_\_\_\_

**GASTOS MÉDICOS** (declarar gastos a pagar mensualmente por concepto de enfermedad y/o tratamiento)

<b>DETALLE</b>	<b>MONTO MENSUAL (\$)</b>
Honorarios Médicos	
Medicamentos	
Exámenes	
Bonos	
Hospitalizaciones	
Terapias	
Otros Gastos	
<b>TOTAL</b>	

