



ANEXO IV

INFORME SOCIAL

I. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo			
Cédula de Identidad		Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Comuna			
Situación habitacional	Arrienda <input checked="" type="checkbox"/>	Valor:	En propiedad <input checked="" type="checkbox"/> M²:
Estado Civil			
Previsión de salud			
Teléfono			
Correo electrónico			

II. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (Describir todos los convivientes con el interesado en el hogar familiar).

Nombre	A. paterno	A. materno	Run	Edad	Estado Civil	Parentesco	Actividad

III. SITUACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS MENSUALES (descripción de todos los items de ingreso: Ingresos del trabajo, AFP o pensiones de cualquier institución, otras ayudas ordinarias o extraordinarias recibidas en 2020, de todo el grupo familiar).



Empty rectangular box for data entry.

GASTOS MENSUALES (descripción de todos los items de gastos mensuales: arriendo, electricidad, luz, gastos médicos, ropa, alimentación, etc., de todo el grupo familiar).

Large empty rectangular box for describing monthly expenses.

Total Ingresos mensuales Familiares		\$
Total Gastos mensuales familiares		\$



V. SITUACIÓN DE SALUD

Describir cualquier dolencia o incapacidad que manifieste el interesado o su grupo familiar. Describir si requiere de algún tratamiento no cubierto por ISAPRE o FONASA o cubierto parcialmente.

Indiciar si se realizó visita al domicilio SI NO

VI. OPINIÓN PROFESIONAL

EL PRESENTE INFORME NO VINCULANTE SE EMITE A SOLICITUD DEL INTERESADO/A A LOS EFECTOS DE SU PRESENTACIÓN EN LA CONSEJERÍA DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE REFERENTE A LA CONVOCATORIA DE AYUDAS ASISTENCIALES A FAVOR DE EMIGRANTES ESPAÑOLES NO RESIDENTES EN ESPAÑA EN SITUACIÓN DE CARENCIA DE RECURSOS O PARA SUFAGAR LOS GASTOS EXTRAORDINARIOS DERIVADOS DE LA EMIGRACIÓN QUE NO PUEDAN SER AFRONTADOS.

Firma y Timbre Asistente Social

Nombre Asistente Social	
Servicio o Institución	
Teléfono	
Correo Electrónico	
Fecha Elaboración Informe	