



EMBAJADA
DE ESPAÑA

CONSEJERÍA
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

CHILE

**DECLARACION DEL SOLICITANTE DE LA AYUDA EXTRAORDINARIA REFERENTE A LOS MIEMBROS QUE
CONVIVEN EN LA UNIDAD FAMILIAR**

SOLICITANTE		
Apellidos:	Nombre:	DNI/PASAPORTE:
UNIDAD FAMILIAR		
Miembro 1		
Apellidos:	Nombre:	DNI/PASAPORTE:
Parentesco:	Edad:	Nacionalidad Española: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Miembro 2		
Apellidos:	Nombre:	DNI/PASAPORTE:
Parentesco:	Edad:	Nacionalidad Española: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Miembro 3		
Apellidos:	Nombre:	DNI/PASAPORTE:
Parentesco:	Edad:	Nacionalidad Española: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En _____, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

www.mitramiss.gob.es/chile

chile@mitramiss.es

CL LAS TROCAZAS 103 OF
101- SANTIAGO DE CHILE

TEL: +56 222632 590
DIR 3: EA0041864