

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO ACTUARIAL
DEPARTAMENTO JURIDICO

ce
8

CIRCULAR N° 1.045

SANTIAGO, 10 de Julio de 1987

SUBSIDIO FAMILIAR. COMPLEMENTA INSTRUCCIONES CONTENIDAS EN
CIRCULAR N° 1.035.

En el ámbito netamente administrativo, y complementando las instrucciones formuladas por Circular N° 1.035, de 22 de junio de 1987, de esta Superintendencia, se ha estimado necesario impartir las siguientes normas con respecto al subsidio familiar.

I.- BENEFICIOS REZAGADOS Y NO COBRADOS

A raíz del programa de revisiones que las distintas Municipalidades deben realizar a partir del 1° de julio del presente año, el Servicio de Seguro Social ha enviado a las diferentes Entidades Edilicias participantes en el referido programa, casos de beneficiarios cuyo subsidio familiar se encuentra suspendido por no cobro, desconociendo el indicado Servicio en la actualidad las razones de esta falta de percepción de esta prestación.

Atendido lo anterior, se hace necesario que cada Municipalidad investigue dichos casos e informe al Servicio de Seguro Social en la forma señalada en la citada Circular N° 1.035 los motivos por los que el beneficiario no cobra el citado subsidio, de manera de regularizar esta situación, ya sea reanudando su pago con efecto retroactivo, si procede, o bien dictándose la respectiva resolución de extinción del beneficio.

II.- FORMULARIOS

Mediante la mencionada Circular N° 1.035, este Organismo al impartir instrucciones sobre subsidio familiar, en lo principal señaló que se mantenía la utilización de los actuales formularios para la tramitación de este beneficio, con algunas modificaciones, debiendo cada Municipalidad agotar los stock que tenía en existencia.

Producido el agotamiento de dichas existencias, y con el objeto de considerar en los formatos las nuevas disposiciones que sobre subsidio familiar se han establecido mediante la Ley N° 18.611, en esta oportunidad se adjunta en calidad de modelo, un set de formularios sobre esta prestación, con el fin de que cada Municipalidad los incorpore en el momento que corresponda.

III.- INFORMACION Y PLAZOS

Se reitera la necesidad que tanto la información y antecedentes que se deben intercambiar entre las distintas Entidades participantes en este beneficio, como los plazos estipulados en los cronogramas remitidos en su oportunidad por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, se cumplan rigurosamente por parte de las diferentes Municipalidades e Intendencias, a los efectos de llevar un control oportuno sobre subsidio familiar y efectuar las adecuaciones que se estime necesario introducir, producto de la operatividad del Sistema.

Saluda atentamente a Ud.,



RENATO DE LA CERDA ETCHEVERS
SUPERINTENDENTE

DISTRIBUCION:

- Intendencias y Municipalidades
- Servicio de Seguro Social

SERVICIO SEGURO SOCIAL
CAJA DE PREVISION DE EMPLEADOS
PARTICULARES



DEFICIENTES MENTALES:

Para causantes deficientes mentales se codificarán los antecedentes en el formulario de Solicitud de Subsidio Familiar de acuerdo a las instrucciones vigentes, excepto en la Sección V, código de movimiento (C.M.) informar el código 3.

CL

CCION I.

Municipalidad	Cód. <input type="text"/>	Tipo Form. <input type="checkbox"/>	Folio N° <input type="text"/>
Provincia	Región	N° <input type="text"/>	N° Guía <input type="text"/>
Resolución	Fecha Resolución	Fecha Envío	

CCION II.

PRECEDENTES DEL PADRE COD. P

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RUT	Carnet identidad	Gabinete
Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	N° inscripción Libreta S.S.S.
Domicilio		
Asignación Familiar SI <input type="checkbox"/>		

CCION III.

PRECEDENTES DE LA MADRE COD. M

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RUT	Carnet Identidad	Gabinete
Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	N° inscripción Libreta S.S.S.
Domicilio		
Asignación Familiar SI <input type="checkbox"/>		

CCION IV.

Beneficiario que cobrará Agencia Servicio Seguro Social Comuna

Nive Estratificación Fecha Estratificación

CCION V.

NOMBRES:		RUN o Carnet de Identidad	Año Nac.	Edad	C.M.
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1º Nombre	2º Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TOTAL CAUSANTES	<input type="text"/>		

SANCCIONES

Todo aquel que en forma indebida goce de Subsidio, ya sea ocultando datos, entregando falsos antecedentes o transgrediendo las normas sobre incompatibilidad de beneficios, será sancionado de acuerdo al artículo 467 del Código Penal. Además, el infractor tendrá que restituir las sumas percibidas indebidamente, reajustadas conforme a la variación del Índice de Precios al Consumidor entre el mes anterior a aquel en que se percibieron y el que antecede a la restitución, más un interés mensual de un 1%.

DECLARACION

Declaro que la(s) persona (s) por la (s) cual (es) solicito Subsidio vive (n) a mis expensas y no percibe (n) o causa (n) ingresos o beneficios mensuales iguales o superiores al monto de dicho subsidio, cualquiera sea su origen, exceptuando pensión de Orfandad. Además declaro no estar en situación de proveer por si solo o en unión de mi grupo familiar, según corresponda, a la manutención y crianza de dicha (s) persona (s), dada mi condición socio-económica.

De encontrarme en la situación señalada en la letra c) del Art. 8° del Reglamento, declaro tener al causante bajo mi cuidado permanente .

Por otra parte. en cumplimiento del artículo 8° de la Ley N° 18.020 y artículo 26 de su reglamento, opto por percibir el Subsidio Familiar.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

NOMBRE ENCARGADO MUNICIPAL

FIRMA Y TIMBRE

IMPORTANTE:

Mientras se mantengan los requisitos para originar asignación familiar o maternal, se conservará el derecho a todas las demás prestaciones que la legislación contemple en relación a dichas asignaciones

SANCIONES

Todo aquel que en forma indebida goce de Subsidio, ya sea ocultando datos, entregando falsos antecedentes o transgrediendo las normas sobre incompatibilidad de beneficios, será sancionado de acuerdo al artículo 467 del Código Penal. Además, el infractor tendrá que restituir las sumas percibidas indebidamente, reajustadas conforme a la variación del Índice de Precios al Consumidor entre el mes anterior a aquel en que se percibieron y el que antecede a la restitución, más un interés mensual de un 1%.

DECLARACION

DECLARO:

1. Conocer cada uno de los requisitos que la Ley N° 18.020 y disposiciones anexas me exige para gozar del Subsidio Familiar.
2. Encontrarme en situación Socio-económica compatible con tales requisitos.
3. Que los ingresos que percibí el añosumados a los del grupo familiar del causante durante el mismo período, no superaron las 48 Unidades Tributarias mensuales.
4. Si es el caso, que el recién nacido por el cual solicito Subsidio vive a mis expensas y no percibe ni causa ingresos o beneficios mensuales iguales o superiores al monto de dicho Subsidio, cualquiera sea su origen (exceptuando pensión de Orfandad).

Por otra parte, en cumplimiento del Art. 8° de la Ley 18.020, y Art. 28 de su Reglamento, opto por percibir el Subsidio Familiar.

FIRMA BENEFICIARIO

NOMBRE ENCARGADO MUNICIPAL

FIRMA Y TIMBRE

SOLICITUD DE Y DE RECEN NACIDO LEY 18.136

SECCION I.

A	B	C																		
<div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> Municipalidad </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> N° Resolución </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha Cancelación </div>	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> Código Municipalidad </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha Resolución día mes año </div>	<div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> FOLIO </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> N° GUIA </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> FECHA INI. </div>																		
Marque con "X" lo que corresponda:																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">SOLICITA</td> <td style="width: 30%;">TIPO FORMULARIO</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 Subsidio Maternal </td> <td style="text-align: center;"> INGRESO </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> I </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 2 Subsidio por Nacimiento </td> <td style="text-align: center;"> MODIFICACION </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> M </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> ENMIENDA </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> E </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> CANCELACION </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> C </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> N° CONTROL </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </table>			SOLICITA	TIPO FORMULARIO		<input type="checkbox"/> 1 Subsidio Maternal	INGRESO	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 2 Subsidio por Nacimiento	MODIFICACION	<input type="checkbox"/> M		ENMIENDA	<input type="checkbox"/> E		CANCELACION	<input type="checkbox"/> C	N° CONTROL		<input style="width: 100%;" type="text"/>
SOLICITA	TIPO FORMULARIO																			
<input type="checkbox"/> 1 Subsidio Maternal	INGRESO	<input type="checkbox"/> I																		
<input type="checkbox"/> 2 Subsidio por Nacimiento	MODIFICACION	<input type="checkbox"/> M																		
	ENMIENDA	<input type="checkbox"/> E																		
	CANCELACION	<input type="checkbox"/> C																		
N° CONTROL		<input style="width: 100%;" type="text"/>																		

SECCION II.

ANTECEDENTES DE LA MUJER EMBARAZADA

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	1 Nombre	2 Nombre
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Carnet Identidad - D.V.	Fecha Nacimiento	N° Inscripción Servicio Seguro	
Renuncia a Asignación Maternal SI <input type="checkbox"/>	Fecha Gestación	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		día mes año	
Puntaje Estratificación <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha Estratificación	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
		mes año	
<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Domicilio			

SECCION III.

Lugar de pago	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre Agencia
	Cód. Agencia SSS	

SECCION IV.

PERSONA QUE COBRA (PADRE O GUARDADOR)

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Carnet Identidad - D.V.	MARQUE CON UNA "X" LO QUE CORRESPONDA.	
	MADRE <input type="checkbox"/> M PADRE <input type="checkbox"/> P GUARDADOR <input type="checkbox"/> G	

SECCION V.

DATOS DEL RECEN NACIDO

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	1 Nombre	2 Nombre
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha Nacimiento	Carnet Identidad - D.V.		Total Menores <input type="checkbox"/>
	día mes año		