



**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)

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



Observaciones:

Declaro que la información entregada en este documento y en los antecedentes complementarios es fidedigna y asumo que, en caso de incurrir en alguna omisión, los beneficios a los que me encuentro postulando, serán revocados por el Ministerio de Educación.

Firma Postulante

Firma Jefe de Hogar

Nota 1: El presente documento debe ser acompañado con las boletas que respalden la información entregada.

Nota 2: Los gastos declarados en este formulario corresponden al promedio mensual en los que incurre la familia en cada ítem.