



Ficha evaluación Beneficio Sky

1. Completar los siguientes datos de paciente

Nombre completo

Ciudad

RUT

Edad

Teléfono

Dirección

Email

Actividad

Ingreso mensual familiar

- Menor a \$800 Mil Entre \$800 y \$1.500 M Mayor a \$1.500 M

Motivo del viaje

Autovalencia (indicar si tiene requerimiento de movilidad o dependencia)

- Es autovalente Requiere bastón Requiere silla de ruedas

Nombre del médico tratante

Otro, especificar

Fecha del vuelo

Hora del vuelo

Origen

Destino

Viaja con acompañante

- Sí No

Nombre del acompañante

Relación con el paciente

- Cónyuge Padre
 Hermano/a Tío/a
 Hijo/a Pareja
 Madre Otro, especificar

RUT del acompañante

Teléfono del acompañante

Cód.área

2. Identificar grupo familiar que reside con él o la paciente

Nombre y apellido	RUT	Parentesco	Edad	Nivel educacional	Ocupación	Promedio ingreso mensual
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. Vivienda, marque la opción según corresponda

Propia Arrenda Allegado Otro, especificar _____

4. Gastos básicos

Alimentación _____

Servicios básicos _____

Transporte _____

Arriendos o dividendos _____

Colegiaturas o Universidades _____

Otros _____

5. Documentos solicitados

Podrá subirlos a través de App Mi FALP

Recuerda los pasos para postular con éxito al beneficio

1. Completa la ficha de evaluación.
2. Sube la documentación requerida:
 - a. Ficha de evaluación (debe estar completa)
 - b. Registro Social de Hogares
 - c. Última liquidación de sueldo paciente y de todos los integrantes de la familia que se encuentren trabajando de manera dependiente con contrato. Certificado de cotizaciones o pago de pensión si corresponde.



Coordinadora de beneficios Pacientes
Marisel Verdugo
marisel.verdugo@falp.org
+569 62931921