



FECHA DE SOLICITUD:

N° DE SOLICITUD:

COD. SUCURSAL:

NOMBRE SUCURSAL:

SOLICITUD APORTE ÚNICO LEY N° 20.874 DE REPARACIÓN A VÍCTIMAS DE PRISIÓN POLÍTICA Y TORTURA TITULAR

I.- IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIA(O)

RESIDENTE EN:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
RUN	SERIE / PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO
GÉNERO	N° NÓMINA	

DOMICILIO

CALLE N° - POBLACIÓN O VILLA			
LOCALIDAD	COMUNA	CIUDAD	REGIÓN
TELÉFONO DE CONTACTO		CORREO ELECTRÓNICO	
MANTENGO FORMA DE PAGO PENSIÓN IPS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
FORMA DE PAGO	NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	TIPO DE CUENTA	BANCO

II.- DECLARACIÓN

ME DESEMPEÑO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DÓNDE :	
CALIDAD :	PLANTA <input type="checkbox"/>	CONTRATA <input type="checkbox"/>	HONORARIO <input type="checkbox"/>
EJERZO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CARGOS : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CUAL :	
- PRESIDENTE (A) DE LA REPÚBLICA - MINISTRO (A) - SUBSECRETARIO (A)	- DIPUTADO (A) - SENADOR (A) - INTENDENTE (A)	- GOBERNADOR (A) - JEFE (A) DE SERVICIO - DESEMPEÑO UN CARGO HASTA TERCER NIVEL JERÁRQUICO A HONORARIO, CONTRATA O PLANTA.	

El presente formulario tiene como objetivo solicitar el pago del aporte único de la ley N° 20.874, el cual, dada su naturaleza reparatoria al daño sufrido por los titulares individualizados en la Nómina de Personas Reconocidas como Víctimas del Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura, y a los titulares incluidos en la nómina de víctima de prisión política y tortura elaborada por la Comisión Asesora para la Calificación de Detenido Desaparecidos, Ejecutados Políticos y víctimas de Prisión Política y Tortura, y a sus viudas sobrevivientes conforme a las leyes N°19.992 y N°20.405, será imputado a cualquier otra forma de reparación que se conceda, independientemente de la fuente que de origen a la misma, fundada en los mismos antecedentes de hecho, conforme con lo dispuesto en el inciso tercero del artículo primero de la ley 20.874



FECHA DE SOLICITUD:

N° DE SOLICITUD:

COD. SUCURSAL:

NOMBRE SUCURSAL:

Declaro estar en pleno conocimiento de las acciones legales que se puedan interponer en mi contra, en virtud de lo dispuesto en el artículo 467 del Código Penal.

Esta solicitud se encuentra sujeta a revisión.

Firma y Fecha
Ministro de Fe

Firma y Fecha