



Dideco
Solicitud Pensión Básica Solidaria de Vejez

Descripción	Permite a quienes no tienen derecho a una pensión en algún régimen previsional acceder a un monto de 102 mil 897 pesos. Éste se reajustará automáticamente el 1 de julio de cada año, en el 100% de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) de los últimos 12 meses, contados desde el último reajuste. No obstante, cuando la variación del IPC supere el 10%, el reajuste será inmediato, aunque no hayan transcurrido 12 meses. Este beneficio está sujeto a un proceso de revisión por parte del Instituto de Previsión Social (IPS), destinado a verificar que el beneficiario mantiene todos los requisitos exigidos por la ley.
Horario y Lugar	Pedro Montt 249, de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:00 horas
Dirigido a	Mayores de 65 años
Requisitos	Serán beneficiarias de la pensión básica solidaria de vejez, las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que reúnan los requisitos siguientes: 1.Haber cumplido sesenta y cinco años de edad. 2.Integrar un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile en régimen (y al 40% entre el 1° de julio de 2008 y el 30 de junio de 2009). 3.Acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido veinte años de edad; y, en todo caso, por un lapso no inferior a cuatro años de residencia en los últimos cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
Trámites a realizar	Dirigirse a la Dirección de Desarrollo Comunitario, específicamente en la Unidad de Subsidios de la Municipalidad, con toda la documentación requerida, El trámite debe realizarse personalmente.
Costo	Gratuito
Duración del Trámite	2 meses
Unidad Responsable	Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO)
Trámite en Línea	No



Reforma Previsional **Chile se lo gana**
FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS LEY 20.255

ORIGINAL

N°

En a de de

Yo, RUT GÉNERO F M

Apellido Paterno Apellido Materno

Nombres

De Nacionalidad Estado Civil Fecha Nacimiento

Domicilio(a) en / calle / pasaje Número Block

Depto N° Población / Villa Comuna

Ciudad Teléfono

El resultado de esta solicitud se notificará en:

Domicilio

Centro de Atención Previsional

Solicito que el pago mensual del beneficio indicado en esta solicitud se realice:

En Cuenta Bancaria N°

Banco

Tipo de Cuenta

Sucursal Banco

En Efectivo
Plaza Pago de

Pago Rural de

ADEMÁS SOLICITO RECIBIR INFORMACIÓN AL CORREO ELECTRÓNICO

Y/O AL TELÉFONO

SOLICITO EL BENEFICIO DE

PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE VEJEZ* por lo que declaro:

1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, contados desde que cumple los 20 años de edad, o contados desde su nacimiento si soy declarante carente de recursos.

2. Que tengo al menos 4 años de residencia en el territorio de la República de Chile en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.

APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE VEJEZ*, por lo que declaro:

1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 20 años, continuos o discontinuos, contados desde que cumple los 20 años.

2. Que tengo al menos 4 años de residencia en el territorio de la República de Chile en los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.

PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA DE INVALIDEZ* por lo que declaro:

1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 5 años, dentro de los 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.

2. Que en el caso de obtener a futuro ingresos, ya sea por inicio o reanudo de actividades laborales, que en total sean mayores a un ingreso mínimo mensual, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 60 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no perder en forma indebida el beneficio de Pensión Básica Solidaria de Invalidez.

APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO DE INVALIDEZ*, por lo que declaro:

1. Que tengo residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a 5 años, en los últimos 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la presente solicitud.

2. Que en el caso de obtener a futuro ingresos, ya sea por inicio o reanudo de actividades laborales, que en total sean mayores a un ingreso mínimo mensual, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 60 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no perder en forma indebida el beneficio de Aporte Previsional Solidario de Invalidez.

También solicito al Instituto de Previsión Social para que requiera las atenciones que estime necesarias. Con el objeto de verificar el cumplimiento de los requisitos para acceder al beneficio solicitado, tanto a las Administradoras de Fondos de Pensiones, a las Compañías de Seguros de Vida, al Servicio de Impuestos Internos o a otras instituciones públicas o privadas.

En caso de acceder a futuro derecho a pensión, ya sea como titular o en calidad de beneficiaria(o) de pensión de sobrevivencia, me comprometo a dar aviso en un plazo máximo de 60 días de dicha situación al Instituto de Previsión Social, con el objeto de no perder en forma indebida el beneficio solicitado.

Además, me obligo a restar todas las sumas indistintamente percibidas por concepto del beneficio solicitado y cualquier otra que se genere a raíz del derecho de éste, entendiéndose la presente declaración como una renuncia de derecho, en los términos del artículo 430 de Código de Procedimiento Civil. Para lo cual, solicito el descuento de las sumas indistintamente percibidas de la pensión que recibirá, si así fuera procedente.

Declaro estar en pleno conocimiento de las acciones legales que se pueden interponer en mi contra, en virtud de lo dispuesto en el artículo 467 del Código Penal y en los Artículos 5° y 11 de la Ley 12.984, sobre abusos de la previsión, si percibiese indistintamente este beneficio o percibiese anteriormente tales.

Finalmente declaro que renuncio al beneficio de garantía estatal y al beneficio de pensión gratuita a la pensión mínima, si el monto del beneficio del sistema de pensiones Solidarias es mayor.

NOMBRE, FIRMA Y RUT SOLICITANTE O REPRESENTANTE

NOMBRE

RUT

NOMBRE, FIRMA, RUT Y TIMBRE FUNCIONARIO AUTORIZADO

NOMBRE

RUT

10303011-0

N° DE FOLIO SISTEMA