

ANEXO

SOLICITUD DE PERMISO Y SUBSIDIO POSTNATAL PARENTAL DE LA TRABAJADORA O EL TRABAJADOR QUE TENGA A SU CUIDADO UN MENOR DE EDAD, POR TUICIÓN O CUIDADO PERSONAL

a. DATOS DEL TRABAJADOR (A):

Nombre:
Rut:

b. DATOS DEL MENOR:

Nombre:
Rut:

c. DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre:

d. MODALIDAD DEL PERMISO SOLICITADA:

Permiso Postnatal Parental:
Completo: ____
Parcial: _____

DECLARACIÓN JURADA:

Declaro bajo juramento, para los efectos de hacer uso del permiso postnatal parental, que detento la tuición o cuidado personal del menor antes individualizado.

FIRMA TRABAJADOR(A)

NOTA: A esta solicitud deberá acompañar un certificado del tribunal que haya otorgado la tuición o cuidado personal del menor como medida de protección o en virtud de lo previsto en los artículos 19 y 24 de la ley N° 19.620. En caso de matrimonio igualitario, deberá acompañar además una declaración jurada suscrita ante ministro de fe, por ambos cónyuges, señalando expresamente cuál de ellos hará uso del permiso.

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre Empleador: _____
RUT: _____
Fecha recepción: _____
Permiso solicitado y autorizado: COMPLETO _____ PARCIAL _____

NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.

ANEXO

SOLICITUD DE PERMISO Y SUBSIDIO POSTNATAL PARENTAL DE LA TRABAJADORA O EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE QUE TENGA A SU CUIDADO UN MENOR DE EDAD, POR TUCIÓN O CUIDADO PERSONAL

e. DATOS DEL TRABAJADOR (A):

Nombre:
Rut:

f. DATOS DEL MENOR:

Nombre:
Rut:

1. MODALIDAD DEL PERMISO SOLICITADA:

Permiso Postnatal Parental:
Completo: _____ Fecha inicio: _____
Parcial: _____

DECLARACIÓN JURADA:

Declaro bajo juramento, para los efectos de hacer uso del permiso postnatal parental, que detento la tuición o cuidado personal del menor antes individualizado.

FIRMA TRABAJADOR(A)

NOTA: A esta solicitud deberá acompañar un certificado del tribunal que haya otorgado la tuición o cuidado personal del menor como medida de protección o en virtud de lo previsto en los artículos 19 y 24 de la ley N° 19.620.

ANEXO

MODELO CARTA AVISO AL EMPLEADOR PERMISO POSTNATAL PARENTAL PARCIAL

SR.

.....

(Nombre del empleador)

.....

(Domicilio)

Yo....., RUT
N°....., comunico a Ud. que me reincorporaré a
trabajar, por la mitad de mi jornada, haciendo uso del Permiso Postnatal Parental Parcial,
establecido en el inciso segundo del artículo 197 bis del Código del Trabajo.

FIRMA TRABAJADOR(A)

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre Empleador: _____	
RUT: _____	
Fecha recepción: _____	
Permiso solicitado y autorizado:	COMPLETO _____ PARCIAL _____
_____ FIRMA y TIMBRE	

NOTA: Este mismo formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio si se acepta la reincorporación al trabajo en jornada parcial. En caso de rechazar dicha reincorporación, el formulario debe ser remitido a la trabajadora, dentro de los 3 días de recibida la comunicación de ésta.

ANEXO

**AVISO DEL PADRE A SU EMPLEADOR
TRASPASO DE SEMANAS DEL PERMISO POSTNATAL PARENTAL POR PARTE
DE LA MADRE**

1. DATOS DEL PADRE:

Nombre :
Rut:
Nombre Empleador:
Permiso Postnatal Parental: Completo: ____ Parcial: ____
Número de semanas a traspasar (*): ____ Desde: _____ Hasta: _____

2. DATOS DE LA MADRE:

Nombre :
Rut:
Entidad pagadora de subsidio:
Número de folio de licencia postnatal:

IMPORTANTE:

El padre deberá dar aviso a su empleador mediante este formulario, con diez días de anticipación a la fecha en que hará uso del permiso, con copia a la Inspección del Trabajo que corresponda, de acuerdo al lugar en que cumple labores.

Una copia de dicha comunicación deberá ser remitida, dentro del mismo plazo, al empleador de la trabajadora.

(*) Las semanas posibles de traspasar deben ser posteriores a la 6^a del permiso postnatal parental y ubicarse en el lapso final del permiso.

Se deberá adjuntar al Aviso fotocopia de la Cédula de Identidad de la madre y del padre.

FIRMA DE LA TRABAJADORA

FIRMA DEL TRABAJADOR

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre Empleador: _____
RUT: _____
Fecha recepción: _____
Permiso solicitado y autorizado: COMPLETO _____ PARCIAL _____
_____ FIRMA y TIMBRE

NOTA: Este formulario deberá ser remitido por el empleador a la entidad pagadora del subsidio, antes del inicio del permiso postnatal parental.

ANEXO

**MODELO CARTA AVISO TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ENTIDAD
PAGADORA DEL SUBSIDIO
PERMISO POSTNATAL PARENTAL**

SR.

(Nombre empleador)

(Domicilio)

<u>PRESENTE</u>
Yo,

RUT N°: _____, comunico a usted, que me reincorporaré a trabajar, por la mitad de mi jornada, haciendo uso del Permiso Postnatal Parental Parcial, establecido en el inciso segundo del artículo 197 bis del Código del Trabajo.

FIRMA TRABAJADOR(A)

ANEXO

AVISO DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A SU ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIO TRASPASO DE SEMANAS DEL PERMISO POSTNATAL PARENTAL POR PARTE DE LA MADRE

Nombre:
Rut:
Permiso Postnatal Parental: Completo: ____ Parcial: ____
Número de semanas a traspasar (*): ____ Desde: _____ Hasta: _____

1. DATOS DE LA MADRE:

Nombre:
Rut:
Entidad pagadora de subsidio:
Número de folio de licencia postnatal:

IMPORTANTE:

El padre deberá dar aviso a la entidad pagadora del subsidio mediante este formulario, con diez días de anticipación a la fecha en que hará uso del permiso.

Una copia de dicha comunicación deberá ser remitida, dentro del mismo plazo, al empleador de la trabajadora si hubiere. De no ser así, se deberá enviar copia de esta comunicación a la entidad pagadora del subsidio de la madre.

(*) Las semanas posibles de traspasar deben ser posteriores a la 6^a del permiso postnatal parental y ubicarse en el lapso final del permiso.

Se deberá adjuntar al Aviso fotocopia de la Cédula de Identidad de la madre y del padre.

FIRMA DE LA TRABAJADORA

FIRMA DEL TRABAJADOR

ANEXO

**INFORME DE REMUNERACIONES Y/O SUBSIDIOS CORRESPONDIENTES A
LOS 24 MESES ANTERIORES AL MES DE INICIO DEL EMBARAZO**

Nombre beneficiaria: _____ R.U.T.: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Institución Previsional	Mes al que corresponden remuneraciones			Remuneraciones imponibles para pensiones y salud	Subsidio por incapacidad laboral	
	Mes	Año	Nº de días		Monto	Nº de días

Firma de la beneficiaria

Uso exclusivo de la COMPIN (para indicar los antecedentes acompañados por la beneficiaria).

- Certificado de cotizaciones Si No
- Licencia médica prenatal o postnatal en su caso Si No
- Último contrato de trabajo y/ o finiquito Si No

Firma funcionario responsable y timbre
Fecha, (Ciudad), (día) de (mes) de (año).

ANEXO

INFORMACIÓN A LA BENEFICIARIA DEL PERÍODO POR EL QUE SE LE PAGARÁ SUBSIDIO Y DE LA FECHA A CONTAR DE LA CUAL PUEDE TRABAJAR.

Fecha, (Ciudad), (día) de (mes) de (año)

Por medio de la presente, se informa a la Sra:
_____ RUT.: _____,
que tiene derecho a subsidio del artículo 3° de la Ley N° 20.545, por _____ días a contar del
_____ de _____ de _____ y hasta el _____ de
_____ de _____.

Asimismo, se le informa que la percepción del subsidio es compatible con la realización de de cualquier tipo de labor remunerada las últimas 12 semanas del subsidio, es decir en su caso a contar del _____ de _____ de _____.

Adicionalmente, se informa que, si durante este período de compatibilidad usted se viere afectada por una incapacidad laboral de origen común o maternal, o por accidente del trabajo o enfermedad profesional, podrá presentar licencia médica u orden de reposo, según corresponda, y tendrá derecho a subsidio por incapacidad laboral si reúne los requisitos pertinentes.

Firma y timbre del funcionario responsable