



SOLICITUD-BENEFICIO POR SALUD

Fecha: __/__/__

SEÑOR / A:
PRESIDENTE DE LA ASOC. DE EMP. DEL GRUPO VIERCI
PRESENTE

TENGO EL AGRADO DE DIRIGIRME A UD. Y POR SU INTERMEDIO A LA COMISIÓN DIRECTIVA, A EFECTOS DE SOLICITAR QUE ME PUEDAN BRINCAR EL SERVICIO DE AYUDA ECONÓMICA O SUBSIDIOS.

NOMBRES Y APELLIDOS: [REDACTED] COD. DEL SOCIO [REDACTED]
CÉDULA DE IDENTIDAD CIVIL N°: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
TELEFONOS: [REDACTED]
DIRECCIÓN: [REDACTED]
EMPRESA: [REDACTED]
N° DE CUENTA BANCARIA: [REDACTED]

CATEGORIAS

- Intervención Quirúrgica
- Internación en UTI del socio o hijo mejor
- Reposos Largos (10 días hasta de 30 días)

FAVOR ADJUNTAR LAS SIGUIENTES DOCUMENTACIONES:

- Intervención Quirúrgica: fotocopia de cédula vigente del socio, constancia de intervención quirúrgica (debe de contener nombre completo del paciente, n° de CI, fechado, sellado y firmado por el médico).
- Internación en UTI del socio o hijo mejor: fotocopia de cedula vigente del socio, constancia de internación (debe contener nombre completo del paciente, n° de Ci, fechado, sellado y firmado por el médico). En caso de hijo menor, presentar fotocopia de certificado de nacimiento.
- Reposos Largos (10 días hasta de 30 días): fotocopia de cédula vigente, constancia de reposo (debe contener nombre completo del paciente, n° de Ci, días de reposo, fechado, sellado y firmado por el médico).

- En todos los casos deberán de presentarse los documentos correspondientes para la aprobación de los mismos.
- Los socios tendrán un plazo de 60 días contados desde el evento para poder acceder al subsidio.
- Para todos los casos se requerirá de una antigüedad de 6 meses como socio activo.

Firma del Solicitante

USO EXCLUSIVO DE LA ASOCIACIÓN CONFORMIDAD

ADMINISTRATIVA

Monto Concedido:.....

Observaciones:.....

Fecha:...../...../.....

Firma:.....

Recibido por:

Fecha: