

PROPUESTA N°: _____
SOLICITUD N°: _____
FECHA: _____
FIRMA: _____
ACLARACIÓN: _____

SERVICIO DE SOLIDARIDAD

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INTERNACIÓN DE HIJO/A MENOR DE 18 AÑOS

REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD – ARTICULO 51: La solicitud de este subsidio deberá ir acompañada del certificado médico y constancia de internación o comprobante de pago de forma legal, según lo establecido en este Reglamento, y especificándose si fuere internación en UTI.
Caso contrario no se considerará válido.

1- DATOS DEL/LA BENEFICIARIO/A:

Socio/a N°: _____ Nombre/s y Apellido/s: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Estado Civil: _____ C.I.P.N°: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

Relación familiar con el/la menor: _____

Lugar/es de trabajo/s

1. _____ Tel/s.: _____

2. _____ Tel/s.: _____

3. _____ Tel/s.: _____

Domicilio particular: _____ Localidad: _____

Tel.Part.: _____ Celular N°: _____ Email: _____

Diagnóstico/s del/la menor: _____

Tiempo de internación: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Médico tratante: _____ Registro Profesional N°: _____

Autorizo a depositar en Caja de Ahorro N°: _____

2- DATOS DEL/LA MENOR

Nombre y Apellido/s: _____ C.I.P. N°: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Firma del/la beneficiario/a

Art. 7 Inc. C.: Estar al día en todas sus obligaciones con la Cooperativa en el momento de retirar el subsidio, caso contrario, se aplicará el importe del mismo para amortizar los compromisos en mora.

RESOLUCIÓN COMITÉ DE SOLIDARIDAD

Tiempo otorgado: _____ (_____) Días. Monto otorgado: Gs.: _____

Observación _____

Acta N° _____ del Comité de Solidaridad.

Fecha ____ / ____ / ____

Secretario/a Comité de Solidaridad

Presidente/a Comité de Solidaridad