

Formato Programa Auxilio Condiciones Especiales de Salud



Fecha de la Solicitud

Día

Mes

Año

Datos Asociado Postulado

Nombre y Apellido: _____

N° Cédula: _____ Teléfono: _____

Banco a consignar: _____

Datos Beneficiario

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

Tipo de Discapacidad: _____

Objetivo

Contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los asociados que en su grupo familiar primario tiene un integrante con una condición de discapacidad. Entendiendo grupo familiar primario si es casado cónyuge e hijos y si es soltero papá, mamá y hermanos.

- Se otorgará un auxilio al asociado que tenga una persona del grupo familiar primario con una discapacidad, física, motora o psíquica.
- Puede aplicar para copagos de terapia, gastos de transporte, alquiler de equipos.
- El auxilio será por \$320.000

Documentos que debe anexar

- Serán beneficiarios de este programa los hijos o familiar del grupo primario del Asociado que dependa económicamente de él, según lo publicado en el reglamento.
- El Asociado que solicite este beneficio deberá anexar documentos de soportes de gastos.
- Se entregarán los auxilios según los recursos trimestrales que destine la Junta Directiva
- El auxilio será consignado en la cuenta de nómina del asociado.

Observaciones:

Firma del asociado _____

Número de cédula _____

Firma y Sello Autorizado