

	SOLICITUD DE AUXILIO FONDO DE BIENESTAR Y SOLIDARIDAD	V1
--	--	-----------

DATOS PERSONALES		FECHA DE SOLICITUD:	D	M	A
NOMBRE:		No. CÉDULA:			
EMPRESA:		CIUDAD:			
CORREO ELECTRÓNICO:					
CELULAR:		TELÉFONO FIJO:			
BANCO:		No. CUENTA:			

AUXILIO A SOLICITAR <i>Marca con una X la opción elegida</i>			
<input type="checkbox"/> ÓPTICO	<input type="checkbox"/> SALUD NO POS	<input type="checkbox"/> EXEQUIAL	

REQUISITOS: <ul style="list-style-type: none"> Formulario Solicitud de Auxilio Fondo de Bienestar y Solidaridad completamente diligenciado. Tener mínimo 6 meses como asociado de Nuestro Fondo. No haber solicitado el auxilio que gestiona en los últimos 12 meses. Adjuntar copia de la factura del producto o servicio en la que se observen claramente <i>nombre del asociado, fecha de expedición y valor total pagado</i>. La fecha no debe ser superior a 8 días calendario al momento de solicitar el auxilio. Adjuntar copia de la fórmula de los lentes o la fórmula médica según la solicitud. En caso de solicitar el Auxilio Exequial, los beneficiarios deberán adjuntar copia del registro civil de defunción. 	
FIRMA DEL ASOCIADO:	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA NUESTRO FONDO							
FECHA INGRESO ASOCIADO:	D	M	A	FECHA DESEMBOLSO	D	M	A
APROBADO?	SI	NO	VALOR \$				
JUSTIFICACIÓN:							
FIRMA COMITÉ BIENESTAR		FECHA:	D	M	A	ACTA #	