

## FORMULARIO SOLICITUD FONDO DE AYUDA SOCIAL

### Datos del Solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Cédula: \_\_\_\_\_

No. Empleado: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email HPE: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Motivo de la solicitud de ayuda social:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muerte de hijos*                   | <input type="checkbox"/> Incendio                        |
| <input type="checkbox"/> Muerte de hermanos*                | <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal asociado    |
| <input type="checkbox"/> Muerte de padre/madre por afinidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal familiares* |
| <input type="checkbox"/> Desastre natural                   | <input type="checkbox"/> Accidente                       |
| <input type="checkbox"/> Robo                               |  |

\* **Hijos** reconocidos legalmente a partir de 6 meses de gestación al día de nacimiento o **Hermanos** en el caso de los asociados solteros, siempre y cuando los hermanos sean menores de 23 años, estudiantes universitarios de tiempo completo sin ingresos propios, solteros y/o incapacitados de forma permanente para proveerse su propio sustento y sean dependiente económicamente del asociado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Realizado por:

\_\_\_\_\_  
Revisado por:

\_\_\_\_\_  
Autorizado por:

Observaciones:

Trámite sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento de Ayuda Social.

