



Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical

SOLICITUD DE AYUDA FONDO SOLIDARIO

El Fondo Solidario de ASOMEDICAL tiene como objetivo proporcionar ayudas a los asociados para enfrentar eventos o situaciones difíciles que afecten su condición económica y social

Información General del Asociado Solicitante

Nombre _____

Departamento _____ Número Empleado _____

Turno _____ Supervisor _____

Estado Civil _____ Teléfono _____

Casa Propia Alquilada

Número de Hijos _____

| Nombre Hijos | Sexo | Edad | Grado que Cursa | Escuela / Colegio |
|--------------|---|------|-----------------|-------------------|
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |

Número de personas que viven con usted _____

| Nombre | Edad | Parentesco | Ocupación | Ingresos Familiares |
|--------------------------|------|------------|-----------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Tipo de subsidio Salud Situación Especial

Tipo de ayuda Ayuda Económica Alimentos Medicamentos

Otro, indique _____.

Detalle de situación

Explique con detalles la situación a la que se enfrenta y por la que solicita de la ayuda solidaria. Por favor ser lo más claro y extenso posible

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe su veracidad. Manifiesto además que conozco los detalles del Reglamento Solidario y autorizo a ASOMEDICAL a deducir de mi planilla salarial los montos del beneficio que me fueran aportados si incumplo con lo establecido alguno de los artículos de dicho Reglamento

Favor de firmar y anexar los documentos de respaldo solicitados

Nombre y Firma del Asociado

Fecha de Solicitud

Resolución

Aprobado

Sesión

Rechazado

Monto aprobado total _____

Observaciones _____

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma

