

SOLICITUD AUXILIO

FECHA: _____

NOMBRES COMPLETOS: _____

CÉDULA: _____ TELÉFONOS: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

SITIO TRABAJO: _____ CARGO: _____

No. DE CUENTA: _____ BANCO: _____

AUXILIO DE EDUCACIÓN:

FORMAL NO FORMAL SINDICAL

AUXILIO DE BIENESTAR SOCIAL:

CALAMIDAD DOMÉSTICA COMPRA LENTES DEPORTIVO

FALLECIMIENTO ASOCIADO FALLECIMIENTO FAMILIAR

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO NACIMIENTO DE HIJO

HOSPITALIZACIÓN FAMILIAR INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL

FIRMA Y CÉDULA DEL SOLICITANTE.

FECHA DE AFILIACIÓN _____

VALOR APROBADO \$ _____ **FECHA:** _____

APROBADO POR: _____

Defender los Derechos Laborales, es Defender los Derechos Humanos

Calle 56 No. 45 – 74 (Bolivia con El Palo) - Teléfono: 254 41 31 Telefax: 292 47 59

info@asmetrosalud.org www.asmetrosalud.org