



SOLICITUD DE AUXILIOS - FEMPA

PARA USO EXCLUSIVO DEL ASOCIADO

FECHA SOLICITUD AUXILIO			No. CEDULA	NOMBRE Y APELLIDOS CORREO ELECTRÓNICO	FECHA INGRESO FEMPA		
DD	MM	AA			DD	MM	AA

El auxilio solicitado es para el: ASOCIADO UN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
-----------------	------------	------

MARQUE CON X, FRENTE AL AUXILIO SOLICITADO Y ANEXE LOS DOCUMENTOS QUE SE RELACIONEN

FUNERARIO	1. Copia del registro de defunción 2. Registro Civil del Asociado para validación de parentesco
NACIMIENTO	1. Copia del registro civil de nacimiento dentro de los noventa (90) días siguientes al nacimiento.
VACUNAS	Para las vacunas que no son cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud. 1. Se debe adjuntar el certificado de la EPS del NO cubrimiento POS y la respectiva factura cancelada no mayor a 60 días 2. Documento donde se compruebe el parentesco para beneficiario

DESEMBOLSOS

Cuenta corriente Ahorros No. Cuenta Banco Ciudad

Los auxilios se otorgarán de acuerdo al orden cronológico de presentación de las solicitudes y hasta el agotamiento de los recursos disponibles en los Fondos de Solidaridad

PARA USO EXCLUSIVO DE FEMPA

GRUPO FAMILIAR CORRECTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESTA A PAZ Y SALVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VERIFICADO POR:	AUXILIO APROBADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VALOR APROBADO \$	DD	MM	AA
--	---	-----------------	---	----------------------	----	----	----

OBSERVACIONES	FIRMA FEMPA	FIRMA ASOCIADO
---------------	-------------	----------------