SOLICITUD DE SUBSIDIOS Y PREMIOS

Fecha:_____/_____/_____.-

Nombre y Apellido:_____C.I.Nº:_____Socio Nº _____

Nacionalidad:_____Estado Civil:_____Teléf. Nº:_____Cel. Nº:_____

Dirección Part.:_____Nº :____Barrio:_____Ciudad: _____

Por el Presente documento solicito a la Cooperativa Subsidio de Solidaridad y Premios por:

REQUISITOS SEGÚN REGLAMENTO VIGENTE

- ART. Nº 25 – Incisos a), b), c), d) ☐

1. *MATRIMONIO*

- ART. Nº 27 – Incisos a), b), c) d) ☐

2. *NACIMIENTO*

- ART. Nº 28 – Incisos a), b), c), d) e) ☐

3. *FALLECIMIENTO*

- ART. Nº 30 Inciso d.1) Socio Titular ☐
- ART. Nº 30 Inciso d.2) Cónyuge Socio ☐
- ART. Nº 30 Inciso d.3) Hijo Menor ☐
- ART. Nº 30 Inciso d.4) Padres ☐

4. *SEPELIO*

- ART. Nº 31 Inciso a) Socio Titular ☐
- ART. Nº 31 Inciso b) Familiar ☐

5. *EGRESO UNIVERSITARIO Y POSTGRADO*

- ART. Nº 34 – Inciso a) Título Grado ☐
- ART. Nº 34 – Inciso b) Doctorado, etc ☐
- ART. Nº 34 – Inciso c) Bachillerato ☐
- ART. Nº 34 – Inciso d) Diplomado ☐
- ART. Nº 34 – Inciso e) Técnico200h ☐
- ART. Nº 34 – Inciso f) Técnico 500h ☐
- ART. Nº34 – Inciso g) Piloto Aviador ☐

6. *INTERNACIÓN MEDICA*

- ART. Nº 35 – Incisos a), b), c), d ☐

7. *CIRUGIA*

- ART. Nº 36 – Cirugía Mayor ☐
- ART. Nº 36 – Cirugía Menor ☐
- ART. Nº 37 – Cirugía Hijo Menor ☐

8. INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- ART. Nº 38 – Incisos a) b) c) d) ☐

9. REPOSO

- ART. Nº 39 - Incisos a) b) c) d) ☐

10. INCAPACIDAD TEMPORAL / PERMANENTE

- ART. Nº 40 – Inc. a) Temporal ☐
- ART. Nº 40 – Inc. b) Permanente ☐

11. COMPRA DE MEDICAMENTO DE ALTOCOSTO

- ART. Nº 41 – Inc. e) f) g) h) i) j) ☐

12. ANALISIS LAB. O ESTUDIOS ALTOCOSTO

ART. Nº 42 – Inc. a) b) c) d) e) ☐

13. CIRUGIA MENOR ODONTOLOGICO

- Anexo – Inc. 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) ☐

14. SUBSIDIO POR JUBILACION

- ART. Nº 43 – Inc. a) b) c) d) ☐

15. SUBSIDIO POR ADQUISICION DE INSUMOS QUIRURGICOS DE ALTO COSTO

- ART. Nº 44 – Inc. a) b) c) d) e) ☐

Firma del Solicitante:_____

Aclaración:_____

Aportes al Día Si☐ No ☐

Solidaridad al Día Si☐ No ☐

Amortización de Créditos al día Si☐ No ☐

Documentación completa según Reglamento de Solidaridad Si☐ No ☐

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y Sello
Funcionario Responsable

Fecha de proceso:_____/_____/_____

Verificación del Encargado de Área

.....

.....

.....

Firma y Sello
Encargado de Área

Fecha de proceso:____/_____/_____

COMITÉ DE SOLIDARIDAD

Aprobado☐ Rechazado☐ Acta Nº_____/ _____ Fecha:_____/_____/ _____

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....