

SOLICITUD DE SUBSIDIOS

Fecha: ____/____/____

Señores
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
Presente

DATOS PERSONALES **N° de Personal:** **Interno:** **N° Socio:**

NOMBRES Y APELLIDOS:		
Domicilio:		
Barrio:	Ciudad:	Teléfono:
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:
Edad: años	Lugar de Nacimiento:	Fecha:
Estado Civil:	Nacionalidad:	C. I. N°:

De conformidad con lo establecido en el Reglamento de Solidaridad vigente, solicito el pago de subsidios por:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MATRIMONIO | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> NACIMIENTO DE HIJO / HIJA | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DEL SOCIO | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DE PADRE / MADRE DEL SOCIO | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DE CONYUGE DEL SOCIO | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO DE HIJOS MENORES DEL SOCIO | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> EGRESO UNIVERSITARIO | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> INTERNACIÓN HOSPITALARIA | Acaecido el/los día/s: _____/____/____ |

Adjunto los siguientes documentos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DE CEDULA. | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE NACIMIENTO. |
| <input type="checkbox"/> LIBRETA DE FAMILIA. | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCION ORIGINAL. |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE MATRIMONIO. | <input type="checkbox"/> TITULO UNIVERSITARIO. |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INTERNACIÓN. | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Atentamente,

 FIRMA

USO EXCLUSIVO DE LA GERENCIA

FECHA DE INGRESO DEL SOCIO ____/____/____
 APOORTE A LA FECHA _____ SOLIDARIDAD _____
CREDITO: MALO REGULAR BUENO EXCELENTE

OBSERVACIONES: _____

 FIRMA DEL GERENTE

COMITÉ DE SOLIDARIDAD

APROBADO NO APROBADO ACTA _____ FECHA ____/____/____ TOTAL Gs. _____

 Miembros

 Secretaría

 Presidencia

REQUISITOS

- Estar al día con todas las obligaciones con la Cooperativa (aporte, solidaridad, préstamo, etc.) en el momento en que se solicita el subsidio.
- El plazo de prestación de la solicitud será de 90 días calendarios desde la fecha de producido el motivo del subsidio. Para Egreso Universitario el plazo es de 180 días.
- El socio debe tener una antigüedad, mínima de 12 meses.
- El certificado de matrimonio, nacimiento o de defunción debe ser expedido por el Registro Civil y presentarlo en Original o copia autenticada por Escribanía.
- Para el pago por Egreso Universitario, se debe presentar copia autenticada por Escribanía del Título Universitario o el Certificado de Estudios de la carrera concluida.
- Se establecen pagos diferenciados del Subsidio por Nacimiento (Parto Normal y Parto Cesárea).
Para acceder al beneficio de Nacimiento con Parto Cesárea, se deberá adjuntar el Certificado Médico con membrete del Centro Asistencial o Sello del Hospital, detallando: fecha del parto, diagnóstico, firma, sello y Núm. de Registro Profesional del Médico cirujano más el Certificado de Nacimiento expedido por el Registro Civil. Queda establecido que este beneficio será concedido únicamente a las asociadas. A los asociados corresponderá el beneficio por Parto Normal.
- Para acceder al Subsidio por Internación Hospitalaria, se debe presentar: Certificado de internación en hoja membretada del sanatorio u hospital (privado o público) **original o copia autenticada por escribanía**, que deberá contener: Fecha de expedición, días y fecha de la internación, datos del médico tratante, diagnóstico, firma y sello del médico tratante, sello y firma del responsable del sanatorio u hospital (director, administrador, jefe de sala o admisión).
Se exceptúan de este beneficio, las internaciones por parto normal, cesárea, cirugía plástica (que no sea reparación de quemaduras o accidentes) extracciones dentales, internación con fines de diagnóstico, tratamiento por esterilidad, anticoncepción y epidemias (Dengue, H1, eventos climáticos, etc.).
El pago se realizará por internación a partir del segundo día y hasta un máximo de 4 (cuatro) días.

OBSERVACION

Si se comprobare el cobro indebido o la tentativa de hacerlo, la Cooperativa instruirá el sumario correspondiente para su comprobación y aplicar la sanción conforme a lo establecido en los "Estatutos Sociales".