

Asunción, ____/____/____

**Señores
Miembros del Comité de Solidaridad
COOPERANDE LTDA.****Presente:**

Recibido por:

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDO:	Nº DE PERS.:
DOMICILIO PARTICULAR:	C I. Nº:
CIUDAD: BARRIO:	CELULAR:
ESTADO CIVIL:	TELEF. LABORAL:

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Matrimonio del socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento de Hijo/Hija de socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de Padre/Madre del socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de Cónyuge del socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento de hijo/hija del socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Egreso Universitario del socio/socia | Acaecido el día: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Internación Hospitalaria del socio/socia | Acaecido el/los día/s: __, __, __, __/____/____ |

Adjunto los siguientes documentos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento Original. | <input type="checkbox"/> Fotocopia de Cédula. |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio Original. | <input type="checkbox"/> Libreta de Familia. |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción Original. | <input type="checkbox"/> Certificado de Internación. |
| <input type="checkbox"/> Título Universitario o Certificado de Estudios Autenticado por Escribanía. | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Atentamente,

Firma del Solicitante**Uso exclusivo de la Cooperativa**

Fecha de Ingreso del/la Socio/Socia ____/____/____

Aporte acumulado a la fecha Gs. _____ Aporte Solidaridad Gs. _____

Referencia Crediticia: Mala Regular Buena Excelente

Sugerencias: _____

Firma y Aclaración - Sub Gerente

Fecha ____/____/____

Comité de Solidaridad

ACTA N° ____/____/____

FECHA ____/____/____

Solicitud Aprobada:

Denegada:

Monto del Subsidio:

Esta solicitud fue tratada y analizada por los siguientes miembros del Comité:

Presidente

Vocal 1

Vocal 2

Secretario/a

REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS SUBSIDIOS

- 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** deben ser expedido por el Registro Civil y presentar en Original o Copia Autenticada por Escribanía.
- Para el pago por **Egreso Universitario**, se debe presentar copia del Título Universitario o Certificado de Estudios de la carrera concluida, para ambos casos autenticados previamente por Escribanía.
- Se establecen pagos diferenciados del **Subsidio por Nacimiento** (Parto Normal y Parto Cesárea).
Para acceder al beneficio de Nacimiento por 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 Número de Registro Profesional del Médico cirujano más el Certificado de Nacimiento Original expedido por el Registro Civil. Queda establecido que este beneficio será concedido únicamente a las asociadas. Para los asociados corresponderá el pago del subsidio 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 por internación se realizará 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**.