

# FONDO DE BENEFICIENCIA HIETEL

Caso# \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE BENEFICIO PARA BECAS O PROGRAMAS DE ADIESTRAMIENTO

NOMBRE DEL UNIONADO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EMPLEADO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (PARTICIPANTE): \_\_\_\_\_

RELACION DEL ESTUDIANTE (PARTICIPANTE) CON EL UNIONADO: \_\_\_\_\_

EDAD DEL ESTUDIANTE (PARTICIPANTE): \_\_\_\_\_

DISCAPACITADO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CONDICION ESPECIAL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DURACION DEL CURSO O PROGRAMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCION DE LA ENTIDAD EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTO EN LA ENTIDAD EDUCATIVA: \_\_\_\_\_

CANTIDAD PAGADA POR EL UNIONADO: \_\_\_\_\_

COSTO DEL CURSO O PROGRAMA: \_\_\_\_\_

HA SOLICITADO ESTE SERVICIO ANTES: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### CERTIFICACION DE INFORMACION SUMINISTRADA

Entiendo y acepto el derecho que tiene la Junta de Síndicos o el Administrador de verificar toda la información o documentación ofrecida o presentada por mí en el proceso de esta solicitud, así como cualquier otra información que entienda pertinente. Cualquier información falsa, tergiversación u omisión relevante y pertinente será causa suficiente para descalificarme de éste y cualquier otro beneficio. Certifico que he sometido toda la información completa y correcta, ya que esto me ayudará al momento de la evaluación.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Aprobado: \_\_\_\_\_