

# FONDO DE BENEFICIENCIA HIETEL

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

## SOLICITUD DE BENEFICIO PARA AYUDA ECONOMICA POR DESEMPLEO ("LAY-OFF")

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

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

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

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

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

FECHA DE INGRESO A LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

FECHA DE CESANTIA: \_\_\_\_\_

PLAZA QUE OCUPABA AL MOMENTO DE LA CESANTIA: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUPERVISOR INMEDIATO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL SUPERVISOR INMEDIATO: \_\_\_\_\_

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 solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

APROBADO: \_\_\_\_\_