

FONDO DE BENEFICIENCIA HIETEL

Caso # _____

**SOLICITUD DE BENEFICIO PARA CUBRIR GASTOS POR
REHABILITACION Y TRATAMIENTO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS, ALCOHOL Y/O
CASOS DE VIOLENCIA DOMESTICA**

NOMBRE DEL UNIONADO: _____

NUMERO DE EMPLEADO: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: RESIDENCIA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____

NOMBRE DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO: _____

RELACION DE LA PERSONA REHABILITADA CON EL UNIONADO: _____

EDAD DE LA PERSONA REHABILITADA: _____

DISCAPACITADO: SI _____ NO _____

FECHA DEL REHABILITACION: _____

NOMBRE Y DIRECCION DE LA ENTIDAD MEDICA: _____

TELEFONO DE LA ENTIDAD MEDICA: _____

PERSONA DE CONTACTO EN LA ENTIDAD MEDICA: _____

CANTIDAD FACTURADA: _____ CANTIDAD PAGADA: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

PARENTESCO: _____ **SEGURO SOCIAL:** _____

NUMERO DE TELEFONO: RESIDENCIA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____

DIRECCION: _____

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: _____