

FONDO DE BENEFICIENCIA HIETEL

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

**SOLICITUD DE BENEFICIO PARA TRATAMIENTOS MEDICOS U HOSPITALARIOS**

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

NUMERO DE EMPLEADO: \_\_\_\_\_

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

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

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

NOMBRE DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

RELACION DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO CON EL UNIONADO: \_\_\_\_\_

EDAD DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

DISCAPACITADO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE UNIVERSITARIO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

FECHA DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y DIRECCION DE LA ENTIDAD O PROVEEDOR MEDICO U HOSPITALARIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE LA ENTIDAD O PROVEEDOR MEDICO U HOSPITALARIO: \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTO EN LA ENTIDAD O PROVEEDOR MEDICO U HOSPITALARIO: \_\_\_\_\_

COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

CANTIDAD FACTURADA: \_\_\_\_\_ CANTIDAD PAGADA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_