

FONDO DE BENEFICENCIA HIETEL

Número de Caso _____

SOLICITUD DE BENEFICIO PARA CUBRIR GASTOS DE VIVIENDA PARA EMPLEADO

NOMBRE DEL UNIONADO: _____

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

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

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

RAZÓN DE LA PÉRDIDA: _____

TIENE SEGURO DE PROPIEDAD SI _____ NO _____

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA PÉRDIDA: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS: _____

CANTIDAD DE LA PÉRDIDA: _____

SOMETIÓ RECLAMACIÓN A ALGUNA AGENCIA ESTATAL O FEDERAL:

SI _____ NO _____ NÚMERO DE CASO: _____

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: _____