



SOLICITUD DE SOLIDARIDAD

Fecha: ____/____/____	Socio Nº: _____ Beneficiario del Socio Nº: _____	CASA CENTRAL <input type="checkbox"/> SUCURSAL Nº _____
-----------------------	---	--

Señores
Cooperativa San Lorenzo Ltda.
Presente

Por la presente solicito la concesión del subsidio, premio y/o devolución de haberes, sobre la base de los documentos que bajo mi responsabilidad y con expresa constancia de ser verdaderos y correctos, consigno en esta solicitud con carácter de Declaración Jurada, y podrán ser verificados por la Cooperativa si así lo desea. El otorgamiento de lo solicitado estará sujeto a los términos y condiciones indicadas en esta solicitud y en el reglamento de solidaridad vigente, a cuya observancia y cumplimiento me obligo normalmente; además autorizo suficientemente a que el monto que me fuere otorgado me concedan según corresponda (aporte capital, caja de ahorro a la vista, cheque o registrar en el Sistema Informático de Gestión la cobertura del servicio funerario).

Adjuntar Fotocopia de Cédula de Identidad actualizada del solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE		
Nombre y Apellido:		C.I.Nº:
Dirección particular:		Teléf.:
Barrio:	Ciudad:	Celular:
PREMIOS Y SUBSIDIOS		DOCUMENTOS A PRESENTAR
Obtención de Título de Educación Superior (Hijo/a de Socio/a)		▶ Título obtenido <input type="checkbox"/> ▶ Certificado de estudios <input type="checkbox"/> ▶ Certificado de Nacimiento del hijo <input type="checkbox"/>
Obtención de Título de Educación Superior (Socio/a)		▶ Título obtenido <input type="checkbox"/> ▶ Certificado de estudios <input type="checkbox"/>
Matrimonio (Socio/a)		▶ Certificado de Matrimonio <input type="checkbox"/>
Boda de Plata (Socio/a)		▶ Certificado de Matrimonio <input type="checkbox"/>
Boda de Oro (Socio/a)		▶ Certificado de Matrimonio <input type="checkbox"/>
Nacimiento de Hijo (Socio/a)		▶ Certificado de Nacimiento del hijo <input type="checkbox"/> ▶ Constancia Médica en caso de cesárea <input type="checkbox"/> ▶ Sentencia Definitiva en caso de Adopción <input type="checkbox"/>
Internación (Socio/a)		▶ Certificado médico de internación <input type="checkbox"/>
Cirugía Mayor (Socio/a)		▶ Certificado médico de la cirugía <input type="checkbox"/>
Compra de anteojos (Socio/aa partir de 45 años)		▶ Receta médica del oftalmólogo <input type="checkbox"/> ▶ Factura de compra de la óptica <input type="checkbox"/> ▶ Recibo de Entidad Benéfica <input type="checkbox"/>
Fallecimiento		▶ Certificado de defunción <input type="checkbox"/>
Padre/Madre <input type="checkbox"/>		▶ Certificado de Matrimonio <input type="checkbox"/>
Cónyuge <input type="checkbox"/>		▶ Certificado de Nacimiento del socio <input type="checkbox"/>
Hijo menor o con capacidad diferente <input type="checkbox"/>		▶ Certificado de Nacimiento del hijo <input type="checkbox"/>
Servicio Funerario		▶ Certificado de defunción <input type="checkbox"/>
Socio/a <input type="checkbox"/>		▶ Certificado de Matrimonio <input type="checkbox"/>
Padre/madre <input type="checkbox"/>		▶ Certificado de Nacimiento del socio <input type="checkbox"/>
Cónyuge <input type="checkbox"/>		▶ Certificado de Nacimiento del hijo <input type="checkbox"/>
Hijo menor o con capacidad diferente <input type="checkbox"/>		▶ Factura de la funeraria a nombre del solicit. <input type="checkbox"/> ▶ Constancia de utilización Servicio Funerario <input type="checkbox"/>
Devolución de haberes por fallecimiento del Socio		▶ Fotoc. de Liquid. de cuentas aprob. por C.A. <input type="checkbox"/> ▶ Fotoc. de solicitud de Ingreso del Socio <input type="checkbox"/>

Firma del Solicitante



INFORME DE LA ADMINISTRACIÓN

- Antigüedad requerida
- Edad requerida
- Sub. recibido durante el año por el mismo concepto: SI NO
- Documentos exigidos completos
- Solidaridad al día en el momento del suceso
- Al día con todas sus obligaciones (Aporte, Créditos, Mantenimiento Sede, Biblioteca, otros)
- Tiempo adecuado para presentación del documento

Observaciones: _____

Recibido por:
Firma y Sello

Verificado por: Jefe de Secc. Solidaridad y/o Sucursal
Firma y Sello

VºBº Gerente de Área
Firma y Sello

VºBº Gerente General
Firma y Sello

RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE SOLIDARIDAD Y/O COMITÉ EJECUTIVO Y/O SUCURSAL 1

Estudiada por el Comité de Solidaridad y/o Ejecutivo y/o Sucursal 1, en sesión de fecha: ____/____/____,

siendo: Aprobada Rechazada s/ Art. ____ del Reglamento de Solidaridad Pendiente

Monto total aprobado: Gs.: _____ (Guaraníes: _____)

Conforme consta en Acta Nº: ____/____

Observaciones: _____

Firma de Miembros del Comité de Solidaridad y/o Comité Ejecutivo y/o Comité de Sucursal 1

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Puesta a consideración del Consejo de Administración en sesión de fecha: ____/____/____ siendo:

Aprobada Rechazada Pendiente

Conforme consta en Acta Nº: ____/____

Según Memorando Nº _____ de fecha: ____/____/____, elaborado por la Sección de Solidaridad y/u Oficial de Servicios y avalado por las Solicitudes aprobadas por el Comité de Solidaridad y/o Comité Ejecutivo y/o Comité de Sucursal 1.

Observaciones: _____

Firma y Sello de la Secretaria del Consejo de Administración