**Solicitud de Fondo Solidario POR FALLECIMIENTO**

|  |
| --- |
| **Datos personales del solicitante:**Nombre completo: Numero de cedula de identidad, Residencia o Pasaporte: Numero de Badge: Cuenta o departamento:Dirección:Teléfono Celular: Teléfono casa: |

|  |
| --- |
| **Solicito beneficio por fallecimiento de:**( ) Asociado ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermano(a) ( ) Hijo(a) ( ) Cónyuge*(Artículo 6: Plazo máximo para solicitar ayuda del fondo de solidario es de 30 días hábiles a partir del día de ocurrido el hecho)* |

|  |
| --- |
| **Requisitos básicos para solicitar beneficio por fallecimiento:**1. Completar en forma legible el formulario respectivo, con tinta azul o negra ( )
2. Original y copia de la cedula de identidad del solicitante por ambos lados ( )
3. Original y copia de la cédula de la persona fallecida por ambos lados ( )
4. Original y copia del acta de defunción ( )
5. Antigüedad mínima requerida socio: tres meses de afiliado ( )
6. Carta explicativa de la situación presentada del desastre ( )

Si el solicitante es el cónyuge debe adjuntar Certificado reciente de matrimonio emitido por el Registro Civil.En caso de Unión Libre: certificación (delegación de la policía del lugar o un escrito de un abogado) que certifique el parentesco.En caso de fallecimiento de hijo(a)s:Original y copia del acta o constancia de nacimiento emitido por el Registro Civil En caso de fallecimiento de padre o madre:Original y copia de Acta o constancia de nacimiento del asociado emitida por el Registro Civil En caso de fallecimiento de Hermano (a) s: Original y copia de constancia de nacimiento de ambos para verificar parentesco. |

\*\*Esta solicitud está sujeta a Revisión y Aprobación por parte de la Junta Directiva y Comité de Fondo Solidario de AsoFoundever, se podrán solicitar documentos adicionales a los adjuntos

**Notificaciones de sanciones**

|  |
| --- |
| En el caso que el Comité de Fondo Solidario compruebe que los datos suministrados son falsos o inexactos se proceda a aplicar las sanciones contempladas en el artículo 11 del Reglamento de Fondo Solidario que indica:* 1. La devolución del monto de ayuda y condiciones que dicte la Junta Directiva.
	2. La suspensión de todas las ayudas y los beneficios crediticios hasta por dos años.
	3. Conjuntamente los ítems a. y b. anteriores según corresponde.
 |

Recibe por AsoFoundever: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Declaración y firma**

|  |
| --- |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador de la cedula de identidad, residencia o pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que todos los datos y demás documentos adjuntos a esta solicitud de Ayuda Social son verdaderos, en el caso de que el Comité de Fondo Solidario compruebe lo contrario soy conocedor(a) de las sanciones especificaciones en el art. 11 del Reglamento de Fondo Solidario de la Asociación Solidarista de Empleados de Foundever (AsoFoundever), acepto las implicaciones del caso y autorizo al Comité y a la Junta Directiva de AsoFoundever a ejecutar la sanción correspondiente.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del solicitante Fecha |

**Espacio para uso de la Administración de AsoFoundever**

|  |
| --- |
| Fecha de revisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Monto Recomendado: ₡ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Presentó toda la documentación? ( ) SI ( ) NO Recomendación de aprobación ( ) SI ( ) NOObservaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Espacio para uso de comité de Fondo Solidario AsoFoundever:**

|  |
| --- |
| Fecha de revisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Aprobación del Comité ( ) Si ( ) No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Puesto Firma ( ) Si ( ) No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Puesto Firma ( ) Si ( ) No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre Puesto Firma  Una vez realizado el estudio, esta solicitud fue: ( ) Aprobada Monto Aprobado: ₡ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Rechazada Presidente Junta Directiva Comité de Fondo Solidario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre FirmaRegistrado en Acta de Junta Directiva # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |