

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE BENEFICIOS SOCIALES PROVENIENTES DE LA RESERVA DE BIENESTAR SOCIAL

Fecha:	No. Caso:	No. Asociado:

Instrucciones:

- 1- El siguiente formulario debe ser llenado por el asociado (a), de forma completa, con tinta de color negro o azul.
- 2- La información suministrada debe ser real y quedará sujeta a comprobación por parte del CEBS.
- 3- Adjuntar a este formulario los documentos que se requieran para realizar el trámite.

PRIMERA PARTE. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO (A).

Nombre:	1er Apellido:	2do Apellido:	Cédula:
Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Otras señas:			
Teléfono:	En caso de no tener teléfono propio preguntar por :		
Correo Electrónico:			

1. ¿Realiza algún tipo de labor que le genere ingresos económicos?	Si	No
(Si responde NO pase a la pregunta número N°4)		
2. ¿ Indique cuál es su ingreso mensual bruto	₡	
3. Describa las funciones que realiza:		
4. De donde obtiene los recursos para cubrir sus necesidades y las de su familia (Favor explicar)		

SEGUNDA PARTE. INFORMACIÓN DE OTROS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR. Datos de las personas que integran el núcleo familiar. (Que viven bajo el mismo techo).

Nombre	Identificación	Fecha nacimiento	Parentesco	Actividad	Ingresos
					₡
					₡
					₡
					₡
Ingreso mensual aproximado del grupo familiar					₡

TERCERA PARTE. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA.

Indique los ingresos totales del núcleo familiar (debe tomar en cuenta de todas las personas que laboran, reciben alguna ayuda o beca dentro del grupo familiar).

- Ingreso mensual aproximado del grupo familiar _____.
- Indique el origen de los ingresos mensuales del núcleo familiar _____.

La vivienda en la que vive es:			
Alquilada ()	Prestada ()	Propia ()	La está pagando ()

DECLARACION

"Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información suministrada en este Formulario de Ayudas es veraz y contienen toda la documentación referente a la situación familiar y económica que se menciona, afirmo que soy legalmente responsable de la autenticidad y veracidad de la misma, asumiendo, asimismo, todo tipo de responsabilidad derivada de cualquier declaración en falso sobre la información."

Nombre:	
Firma:	

**USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE EDUCACIÓN Y DE BIENESTAR SOCIAL.
Resolución de beneficio:**

Aprobada:	Tiempo de beneficio	Monto	Código de presupuesto
	De: A:	₡	

Rechazada:	No aplica ()	Excede capacidad de ayuda ()	Datos Falsos ()	Requisitos incompletos ()	Omisión de datos ()

Observaciones:	
----------------	--

Renovada:	Tiempo de beneficio	Monto	Código de presupuesto
	De: A:	₡	

Observaciones:	
----------------	--

Pendiente	Sin presupuesto ()	En estudio ()	Otros ()

Observaciones:	
----------------	--

Sesión	Articulo	Acuerdo	Fecha
--------	----------	---------	-------

Presidente (a)	Secretario (a)	Secretario (a)