

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

Fecha:	No. Caso:	No. Asociado (medidor):
Tipo de ayuda:		

**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.
- 4- No se recibirán formularios y documentación incompleta.

**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)	Vicepresidente (a)