

# FORMATO PARA SOLICITUD DE AUXILIOS

Ciudad \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

## ASOCIADO

<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>NOMBRES</b>	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> N°.	<b>SECCIÓN</b>	<b>LUGAR DE TRABAJO</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>DIRECCIÓN RESIDENCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO PERSONAL</b>			
<b>N° DE CUENTA</b>	Ahorros _____ Corriente _____	<b>BANCO</b>	

De acuerdo con los estatutos y reglamentos de FEWCO comedidamente solicito concederme el siguiente auxilio.

- AUXILIO DE GAFAS, LENTES O CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA (POR UNA SOLA VEZ CADA 24 MESES)**  
Anexo: - Fotocopia de la fórmula médica.  
- Fotocopia factura de pago.
- AUXILIO FUNERARIO, (UNA SOLA VEZ CADA 12 MESES)**  
**Asociado casado:** Por fallecimiento de padre, madre, cónyuge, hijo(a)  
**Asociado soltero:** Padre, madre, hijo(a) o hermano(a) que dependa económicamente de él.  
Anexo: - Registro civil de defunción.  
- Fotocopia documento de identidad del fallecido.
- AUXILIO DE NACIMIENTO, (UNA SOLA VEZ CADA 12 MESES)**  
Anexo: - Registro civil de nacimiento.  
- Fotocopia documento de identidad del asociado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASOCIADO

\_\_\_\_\_  
APROBADO