



SOLICITUD DE AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD

FECHA DE SOLICITUD			CIUDAD	No. ACTA
DD	MM	AAAA		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
CÉDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	CELULAR O FIJO

TIPO DE CALAMIDAD			
1 Tratami.Odontol No esteticos	<input type="checkbox"/>	6 Lentes del asociado	<input type="checkbox"/>
2 Fallecimiento familiar (1er grado)**	<input type="checkbox"/>	7 Lentes familiar (1er grado)**	<input type="checkbox"/>
3 Tratami.Oftam. No esteticos	<input type="checkbox"/>	8 Nacimiento	<input type="checkbox"/>
4 Pérdida de bienes y enseres*	<input type="checkbox"/>	9 Medicamentos que no cubre la EPS	<input type="checkbox"/>
5 Matrimonio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

*Incendio & desastres naturales/ Requiere demostrar evidencias

**Parentesco _____

Costo asumido por el Asociado: \$ _____

Documentos que anexa: _____

Me comprometo a entregar los soportes requeridos por FEMCO para acceder a la probacion del auxilio antes de 30 días calendario.

_____ FIRMA ASOCIADO

OBSERVACIONES

ESTUDIO DE LA SOLICITUD

REQUIERE VISITA	FECHA VISITA	
SI NO	DD MM AAAA	
FECHA DE ESTUDIO	APROBADO	VALOR
DD MM AAAA	SI NO	

Motivo de rechazo:

FIRMAS COMITÉ SOLIDARIDAD

--	--	--	--