



DEMCOOP

FONDO DE SOLIDARIDAD

FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE AUXILIO

Tipo de Auxilio

Fecha de Diligenciamiento

- Auxilio por Fallecimiento
- Auxilio por Incapacidad
- Auxilio por Maternidad

Nombres y Apellidos	D.I. No
---------------------	---------

Direccion de Residencia

Ciudad	Telefono	Telefono Movil
--------	----------	----------------

Empresa

Direccion de Oficina	Telefono de Oficina
----------------------	---------------------

Documentos Anexos

CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES

1. La presentacion de esta solicitud no implica compromiso alguno para DEMCOOP.
2. Cualquier falsedad detectada en la documentacion adjunta, cancela automaticamente el tramite de la presente solicitud, y constituye una falta grave de acuerdo al estatuto de DEMCOOP.
3. La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los treinta (30) dias calendario de la fecha en que sucedan los hechos.
4. La antigüedad del asociado debe ser de 3 meses dias.
5. El comité de solidaridad tiene hasta 30 dias habiles para dar respuesta a la presente solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

D.I. _____ DE: _____

ESTUDIO Y APROBACION (PARA USO EXCLUSIVO DE DEMCOOP)

Aprobado Negado Aplazad Acta N° _____

Observaciones

Firma Integrantes Comité
