

**FORMATO DE SOLICITUD
DE AUXILIOS DE SOLIDARIDAD**

Fecha de diligenciamiento:

Ciudad:

Año: Mes: Día:

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Nombre: Documento de identificación: C.C C.E Número de identificación:

Nº telefónico: Correo electrónico: Regional:

TIPO DE AUXILIO

Por favor inque el tipo de auxilio al que desea acceder:

Fallecimiento (asociado) Hijos en condiciones especiales Grave calamidad (salud, accidentes, desastre natural)

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

FALLECIMIENTO (ASOCIADO)

Nombre completo: Edad: Género: F M Fecha de fallecimiento: Año / Mes / Día

HIJOS EN CONDICIONES ESPECIALES

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	EDAD	TIPO DE DISCAPACIDAD	¿REQUIERE TRATAMIENTO ESPECIAL O PERMANENTE?	
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

GRAVE CALAMIDAD (SALUD, ACCIDENTES, DESASTRE NATURAL)

Nombre completo: Edad: Género: F M Evento o diagnóstico:

Parentesco:

ANEXOS

Por favor inque los documentos entregados según el tipo de auxilio solicitante:

FALLECIMIENTO

- Registro civil de defunción
- Acreditar el parentesco entre el solicitante y fallecido
- Copia de cédula del solicitante

HIJOS EN CONDICIONES DE DISCAPACIDAD

- Documento que acredite el parentesco
- Historia clínica
- Autorización de conocimiento de historia clínica
- Documento de identidad del menor
- Certificado Médico

**GRAVE CALAMIDAD
(SALUD, ACCIDENTES, DESASTRE NATURAL)**

- Desastre natural**
- Carta de solicitud del auxilio con descripción del evento
- Registro fotográfico
- Certificado de tradición y libertad del inmueble
- Salud**
- Carta de solicitud del auxilio con descripción del evento
- Historia clínica
- Autorización de conocimiento de historia clínica
- Documento de identidad del beneficiario (primer grado de consanguinidad)

FIRMA DEL SOLICITANTE (SÓLO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO)

Firma

Número de identidad

