

FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIOS DE SOLIDARIDAD

Copia de cédula del solicitante Documento de identidad del menor Certificado Médico Certificado Médico Salud Carta de solicitud del auxilio con descripción del evento Historia clínica	Fecha de diligenciamiento: C	iudad:						
Note Province Pr			INFORMACIÓN D	EL ASOCIADO				
TIPO DE AUXILIO Por favor inque el tipo de auxilio al que desea acceder: Fallecimiento (asociado) Hijos en condiciones especiales Grave calamidad (solud, accidentes, desastre natural) INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO FALLECIMIENTO (ASOCIADO) Nombre completo: Edad: Género: F M Fecha de fallecimiento: HIJOS EN CONDICIONES ESPECIALES NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EDAD TIPO (ARQUIERE TRATAMIENTO ESPECIAL O PERMANENTE? ESPECIAL O PERMANENTE? ESPECIAL O PERMANENTE? Sí No Sí Sí No Sí No Sí Sí No Sí Sí No Sí Sí No Sí Sí Sí Sí Sí Sí Sí S	Nombre:		Documento de identificacio	ón: C.C 🗆 C.E 🗆	Núme	ero de identificación:		
Por favor inque el tipo de ouxilio al que desea acceder: Fallecimiento (asociada) Hijos en condiciones especiales Grave colamidad (solud, accidentes, desastre notural) INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO FALLECIMIENTO (ASOCIADO) Nombre completo: Edad: Género: M Fecho de fallecimiento: Ara / Wes / Dia HIJOS EN CONDICIONES ESPECIALES NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EDAD TIPO ZREQUIERE TRATAMIENTO	N° telefónico:		Correo electrónico:			Regional:		
Fallecimiento (asociado) Hijos en condiciones especiales Grave calomidad (salud, accidentes, desastre natural)			TIPO DE A	UXILIO				
Nombre completo: Edad: Género: F M Fecha de follecimiento: Arto/Mes/ Discontinuo de la conscimiento de historia clínica Documento de identidad del menor Certificado Médico Género: F Descara de follecimiento: Arto/Mes/ Discontinuo de locarcia del conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del peneficario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del peneficario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del peneficario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del peneficario primer grada de conscimiento de historia clínica Documento de identidad del peneficario primer grada de conscimiento de h				Grave calamidad	(salud,	accidentes, desastre natural)		
HIJOS EN CONDICIONES ESPECIALES NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EDAD TIPO REQUIERE TRATAMIENTO Sí No No No Nombre completo: Edad: Género: F M Evento o diagnóstico: Parentesco: ANEXOS			INFORMACIÓN DEI	_ BENEFICIARIO				
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EDAD TIPO ZESPECIALES SI			FALLECIMIENTO	(ASOCIADO)				
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EDAD TIPO DE DISCAPACIDAD TIPO DE DISCAPACIDAD SS No SS	Nombre completo:		Edad:	Género: F	□ М	Fecha de fallecimiento:		
DE DISCAPACIDAD ESPECIAL O PERMANENTE? Sí			HIJOS EN CONDICIO	NES ESPECIALES				
Nombre completo: Parentesco: Edad: Género: F M Evento o diagnóstico:	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS EDAD					SÍ 🗆 SÍ 🗆	No 🗆	
Parentesco: ANEXOS Por favor inque los documentos entregados según el tipo de auxilio solicitante: FALLECIMIENTO HIJOS EN CONDICIONES DE DISCAPACIDAD GRAVE CALAMIDAD (SALUD, ACCIDENTES, DESASTRE NATURAL) Acreditar el parentesco entre el solicitante y fallecido Copia de cédula del solicitante Copia de cédula del solicitante Certificado Médico Autorización de conocimiento de historia clínica Documento de identidad del menor Certificado Médico Certificado de tradición y libertad del inmueble Salud Carta de solicitud del auxilio con descripción del evento Historia clínica Certificado Médico Certificado de tradición y libertad del inmueble Certificado de conocimiento de historia clínica Documento de identidad del menor Certificado Médico Certificado de conocimiento de historia clínica Autorización de conocimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario (primer grado de consaguinidad)	(RAVE CA	ALAMIDAD (SALUD, ACC	IDENTES, DESAST	RE NA	TURAL)		
ANEXOS Por favor inque los documentos entregados según el tipo de auxilio solicitante: FALLECIMIENTO			Edad:	Género: F	М	☐ Evento o diagnóstico:		
Por favor inque los documentos entregados según el tipo de auxilio solicitante: FALLECIMIENTO	Parentesco:		ANIEV	00				
Registro civil de defunción Acreditar el parentesco entre el solicitante y fallecido Copia de cédula del solicitante Certificado Médico Certificado Médico Certificado Médico HIJOS EN CONDICIONES DE DISCAPACIDAD 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 menor Certificado Médico Certificado de tradición y libertad del inmueble Documento de identidad del menor Certificado Médico Corta de solicitud del auxilio con descripción del evento Historia clínica Autorización de conocimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario (primer grado de consaguinidad)	Por favor inque los documentos entreg	ados segú						
Acreditar el parentesco entre el solicitante y fallecido Copia de cédula del solicitante Documento de identidad del menor Certificado Médico Historia clínica Documento de identidad del menor Certificado Médico Certificado Médico Certificado Médico Certificado Médico Corta 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 consaguinidad)								
del evento Historia clínica Autorización de conocimiento de historia clínica Documento de identidad del beneficiario (primer grado de consaguinidad)	Acreditar el parentesco entre el solicitante y fallecido		Historia clínica Autorización de conocimiento de historia clínica Documento de identidad del menor			Carta de solicitud del auxilio con de del evento Registro fotográfico Certificado de tradición y libertad d Salud	del inmueble	
FIRMA DEL SOLICITANTE (SÓLO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO)						del evento Historia clínica Autorización de conocimiento de h Documento de identidad del benef	istoria clínica	
	FIRMA DEL	. SOLICIT	TANTE (SÓLO EN CASC	D DE FALLECIMII	ENTO	DEL ASOCIADO)		
Firma Número de identidad								

11/