



**FECOSBA**

**FONDO DE EMPLEADOS BARTOLINOS Y DE LA COMPAÑÍA DE JESUS**

*FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO PARA GAFAS*

**INFORMACIÓN DEL ASOCIADO**

Nombre:

CC No.:

Empresa:

Cargo:

**Firma del solicitante**

**c.c.**

**ESTUDIO DE LA SOLICITUD (Espacio reservado para la oficina de FECOSBA)**

Fecha de vinculación a FECOSBA	Día		Mes		Año	
Antigüedad Meses :	Monto:					
Se solicita auxilio por primera vez	<input type="checkbox"/> Si					<input type="checkbox"/> No
Fecha del otorgamiento del anterior:						

**Nombre de quien verifico la información**

**Fecha recibido**

Día		Mes		Año	
-----	--	-----	--	-----	--

**Requisitos que usted debe cumplir en el momento de presentar la solicitud**

1. Para acceder a este beneficio se requiere
  - a. Diligenciar el formato de solicitud de auxilio para gafas, a partir de la compra de los lentes, con un tiempo no mayor a treinta (30) días calendario.
  - b. Formula oftalmológica con el registro médico del profesional que lo atendió.
  - c. Anexar copia del recibo o factura legal con sello de cancelado y su correspondiente valor.
  - d. Allegar certificación o fotocopia del certificado de haber realizado el curso básico de economía solidaria.
- 2.El Comité de bienestar estudiará y verificara los datos de la solicitud y comunicara por escrito la adjudicación o no del mismo

Aprobado Si \_\_\_ No \_\_\_ Observaciones:\_\_\_\_\_

<b>Firma comité de Bienestar</b>	<b>Firma comité de Bienestar</b>	<b>Firma comité de Bienestar</b>