



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:_____

Firma comité de Bienestar	Firma comité de Bienestar	Firma comité de Bienestar