



### SOLICITUD DE AUXILIOS

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### TIPO DE AUXILIO A SOLICITAR

ENFERMEDAD

CALAMIDAD DOMÉSTICA

MUERTE

EDUCACIÓN

LENTES Y MONTURAS

#### INFORMACION DEL SOLICITANTE

NOMBRES COMPLETOS: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

Teléfono de la residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Servicio al que pertenece: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

#### Descripción de la situación que genera la solicitud

Firma del Asociado: \_\_\_\_\_

#### Espacio exclusivo para FEINSA

Fecha de recibido: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Auxilio aceptado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Tipo de auxilio otorgado \_\_\_\_\_

Firma de FEINSA: \_\_\_\_\_