



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: _____