



## SOLICITUD DE BENEFICIO SOCIAL

Nombre del Socio: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD

Por muerte	Nombre y Apellidos			Parentesco
Matrimonio	Nombre y apellidos del cónyuge			
Nacimiento hijos	Numero de hijos	Nombre (s) y apellidos		
Gastos Médicos	Numero de factura	Proveedor	Fecha del servicio	Detalle del servicio

Adjunto copia (s) de los justificantes que acreditan que la información suministrada es verdadera. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de Alajuela a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

### PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN

Es asociado \_\_\_\_\_ Válidas las pruebas se acuerda \_\_\_\_\_ Con carácter urgente \_\_\_\_\_  
( Si / No ) ( Aceptarlo / Rechazarlo ) ( Si / No )

Fecha aprobado \_\_\_\_\_

Monto del beneficio: ₡ \_\_\_\_\_

REVISADO POR \_\_\_\_\_

AUTORIZADO POR \_\_\_\_\_