

Caso # \_\_\_\_\_

**SOLUCITUD DE BENEFICIO PARA AYUDA ECONOMICA POR DESEMPLEO**  
**("LAY - OFF")**

Nombre del Unionado: \_\_\_\_\_

Número de empleado: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: residencia: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso a la Compañía: \_\_\_\_\_

Plaza que ocupaba al momento de la cesantía: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor inmediato: \_\_\_\_\_

Teléfono del supervisor inmediato: \_\_\_\_\_

Ha solicitado este servicio antes: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DE INFORMACION SUMINISTRADA**

Entiendo y acepto el derecho que tiene la Junta de Síndicos o el Administrador de verificar toda la información o documentación ofrecida o presentada por mí en el proceso de esta solicitud, así como cualquier otra información que entienda pertinente. Cualquier información falsa, tergiversación u omisión relevante y pertinente será causa suficiente para descalificarme de éste y cualquier otro beneficio. Certifico que ha sometido toda la información completa y correcta, ya que esto me ayudará al momento de la evaluación.

\_\_\_\_\_  
Nombre letra de molde

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Aprobado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

