

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: _____
