

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

**SOLICITUD DE BENEFICIO PARA CUBRIR GASTOS POR FUNERAL**

Nombre Del Unionado: \_\_\_\_\_

Número de Empleado: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Fallecida: \_\_\_\_\_

Parentesco con el Fallecido: \_\_\_\_\_

Fecha que Falleció: \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Teléfono de la Funeraria: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en la Funeraria: \_\_\_\_\_

Cantidad Facturada: \_\_\_\_\_

**PARA LLENARSE DE NO SER EL UNIONADO QUIEN SOLICITA**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

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