

Caso# _____

SOLICITUD DE BENEFICIO PARA TRATAMIENTOS MEDICOS U HOSPITALARIOS

Nombre del Unionado: _____

Número de Empleado: _____ Seguro Social: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono: residencia: _____ trabajo: _____ celular: _____

Nombre de la Persona en tratamiento: _____

Relación de la Persona en tratamiento con el Unionado: _____

Edad de la Persona en Tratamiento: _____

Fecha comienzo del Tratamiento: _____

Discapacitado: Si _____ No _____ Estudiante Universitario: Si _____ No _____

Nombre y Dirección de la Entidad o Proveedor Médico: _____

Teléfono de la Entidad o Proveedor Médico: _____

Persona de Contacto en la Entidad Médica: _____

Costo Total del Tratamiento: _____

Cantidad Facturada: _____ Cantidad Pagada: _____

¿Ha solicitado este beneficio antes? Si _____ NO _____

Nombre del solicitante: _____

Numero de Teléfono: Residencial: _____ Celular: _____

Dirección: _____

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 he 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

