

Caso# _____

SOLICITUD DE BENEFICIO PARA CUBRIR GASTOS DE VIVIENDA EMPLEADO

Nombre del Unionado: _____

Número de empleado: _____ Seguro Social: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

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

Razón De La Pérdida: _____

Tiene Seguro de Propiedad: Si _____ No _____

Fecha En Que Ocurrió La Pérdida: _____

Descripción De Los Daños: _____

Cantidad De La Pérdida: _____

Sometió Reclamación A Alguna Agencia Estatal o Federal:

Si _____ No _____ Núm. De Caso: _____

¿Ha solicitado este beneficio 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