

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