



Asociación Paraguaya de Enfermería

Con personería Decreto N° 16726 - 18 de Marzo de 1953

Afiliado al Consejo Internacional de Enfermera (C.I.E.)

Federación Panamericana de Enfermería (F.F.P.E.N.)

Internacional de Servicios Públicos (ISP)

SOLICITUD DE SOLIDARIDAD

Fecha: ____/____/____	Socio N°: _____ Beneficiario del Socio N°: _____	CASA CENTRAL FILIAL N° _____
-----------------------	---	---

Señores

Asociación Paraguaya de Enfermería.

Presente

Por la presente solicito la concesión del subsidio, premio y/o devolución de haberes, sobre la base de los documentos que bajo mi responsabilidad y con expresa constancia de ser verdaderos y correctos, consigno en esta solicitud con carácter de Declaración Jurada, y podrán ser verificados por la asociación si así lo desea. El otorgamiento de lo solicitado estará sujeto a los términos y condiciones indicadas en esta solicitud y en el reglamento de solidaridad vigente, a cuya observancia y cumplimiento me obligo normalmente; además autorizo suficientemente a que el monto que me fuere otorgado me concedan según corresponda.

Adjuntar Fotocopia de Cédula de Identidad actualizada del solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre y Apellido:	C.I. N°:
Dirección particular:	Teléf.:
Barrio:	Ciudad:
	Celular:
SUBSIDIOS	DOCUMENTOS A PRESENTAR
<input type="checkbox"/> Subsidio por Cirugía Mayor (Socio/a)	<p>▶ Certificado Médico o Constancia de Internación que deberá contener los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y Apellido del Paciente. • Fecha de Atención o Internación y Egreso. • Tiempo de Internación y motivo por el Hospital, Sanatorio. • Sello y Firma del médico tratante con su número de Registro profesional. • Factura o Recibo Legal del Centro Asistencial utilizado por el /la socio/a • Fotocopia de Cédula de Identidad Civil del Socio/a • Constancia de cumplimiento de la cuota social.
<input type="checkbox"/> Subsidio por Incapacidad Transitoria (Socio/a)	<p>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, Proveído por la Asociación.</p> <p>▶ Certificado médico original con membrete o sello Del Hospital o la Institución de Salud.</p> <p>▶ Nombre y Apellido del socio/a, diagnóstico Médico, detallado: fecha del hecho, duración de la incapacidad transitoria, los certificados deben ser expedidos con firma, sello y número de Registro profesional del médico tratante. Fotocopia de CI del socio/a. Constancia de cumplimiento de la cuota social.</p>
<input type="checkbox"/> Subsidio por Incapacidad Permanente (Socio/a)	<p>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, proveído Por la Asociación.</p> <p>▶ Certificación medico original con membrete Sello del hospital o institución médica.</p> <p>▶ Nombre y apellido del socio/a, diagnóstico médico, detallado: fecha del hecho, motivo o causa de incapacidad permanente, los certificados deben Ser expedidos en forma informatizada con firma, Sello y número de registro profesional del médico tratante.</p> <p>▶ El socio que accede a este beneficio no ya no podrá solicitar otros subsidios de Solidaridad, excepto por fallecimiento.</p> <p>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</p>



Asociación Paraguaya de Enfermería

Con personería Decreto N° 16726 - 18 de Marzo de 1953

Afiliado al Consejo Internacional de Enfermera (C.I.E.)

Federación Panamericana de Enfermería (F.F.P.E.N.)

Internacional de Servicios Públicos (ISP)

<input type="checkbox"/> Subsidio por Matrimonio (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none">▶ Llenar debidamente la solicitud, proveído por la asociación.▶ Fotocopia autenticada de la Libreta de Familia o Certificado de Matrimonio, expedido por el Registro Civil de las Personas.▶ Fotocopia de Cedula de Identidad Civil vigente de el/la socio/a y del Cónyuge.▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.
<input type="checkbox"/> Subsidio por Maternidad, Paternidad o Adopción Plena (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none">▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, proveído por la Asociación.▶ Fotocopia autenticada de Certificado de Nacimiento de el/la hijo/a expedido por el Registro Civil de Personas▶ Fotocopia de Cédula de Identidad civil de el/la socio/a.▶ Sentencia judicial de adopción plena en caso de adopción.▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.
<input type="checkbox"/> Mortinato (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none">▶ A partir de los 3 (tres) meses de gestación certificada por Médico especialista en el Área con su número de registro profesional, firma y sello, membrete y sello de la Institución de Salud.▶ Se solicitará estudios de diagnóstico (ecografía) para certificar la veracidad del hecho.▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.
<input type="checkbox"/> Subsidio por Jubilación. (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none">▶ Copia Autenticada de Resolución de Jubilación.▶ Fotocopia de Cédula de Identidad Civil de el/la socio/a▶ Fotocopia de Registro Profesional.▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.
<input type="checkbox"/> Fallecimiento A-) Del Socio/a B-) Cónyuge C-) Padre/Madre D-) Hijo menores de 18 años.	<ul style="list-style-type: none">▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, Proveído por la Asociación.▶ Fotocopia autenticada del Certificado de Defunción.▶ Fotocopia autenticada de Certificado de Nacimiento de El/la socia, si el fallecido es uno de sus padres.▶ Fotocopia autenticada de Cédula de Identidad Civil de el/la socio/a y del fallecido.▶ Fotocopia autenticada del Certificado de Matrimonio civil si el fallecido es Cónyuge de el/la socio/a. (Certificar relación).▶ Fotocopia autenticada de Certificado de Nacimiento si el fallecido es hijo/a del socio.▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.

Firma del Solicitante



Asociación Paraguaya de Enfermería

Con personería Decreto N° 16726 - 18 de Marzo de 1953

Afiliado al Consejo Internacional de Enfermera (C.I.E.)

Federación Panamericana de Enfermería (F.F.P.E.N.)

Internacional de Servicios Públicos (ISP)

INFORME DE LA ADMINISTRACIÓN

• Antigiiedad requerida	<input type="checkbox"/>	• Solidaridad al día en el momento del suceso	<input type="checkbox"/>
• Edad requerida	<input type="checkbox"/>	• Al día con todas sus obligaciones (Aporte, otros)	<input type="checkbox"/>
• Sub. Recibido durante el año por el mismo			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
• Documentos exigidos completos	<input type="checkbox"/>	• Tiempo adecuado para presentación del documento	<input type="checkbox"/>
Observaciones: _____			

_____ Recibido por: Firma y Sello		_____ Verificado por: Secretario Administrativo	

_____ Fecha de Aprobación		_____	

RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE SOLIDARIDAD Y/O COMITÉ EJECUTIVO Y/O SUCURSAL 1

Estudiada por el Comité de Solidaridad y/o Ejecutivo y/o Sucursal 1, en sesión de fecha: _____ / ____ / _____,			
siendo: Aprobada	<input type="checkbox"/>	Rechazada	<input type="checkbox"/>
s/ Art. _____ del Reglamento de Solidaridad		Pendiente	<input type="checkbox"/>
Monto total aprobado: Gs.: _____ (Guaraníes: _____)			
Conforme consta en Acta N°: _____ / _____			
Observaciones: _____			

_____ Firma de la Presidenta del Comité de Solidaridad		_____ Firma de la Presidenta APE	