



FONDO DE EMPLEADOS DE SALUD EN RISARALDA FESER

SOLICITUD DE AUXILIOS N°

Fecha: _____
Nombre Asociado _____
Cédula _____
Teléfono _____
Entidad _____
Clase de Auxilio _____
Número y tipo de cuenta _____
Banco _____

Los auxilios que otorgara el comité de Solidaridad son los siguientes:

1. AUXILIO POR CALAMIDAD DOMESTICA: Cubre al Asociado y a su grupo familiar básico, por eventos que afecten en forma grave sus ingresos y nivel mínimo de bienestar familiar, siempre y cuando éstos no estén en capacidad de asumir dichas situaciones y no posean seguros u otras protecciones que los amparen.

Requisitos:

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio de calamidad doméstica, los soportes que le sean exigidos, a través de los cuales se evidencien los hechos ocurridos (visita de control físico, bomberos de la localidad u otros). Además, de las facturas originales con los requisitos exigidos por la ley, que soporten la cancelación de los gastos en que se haya incurrido. Anexar certificado bancario.

2. AUXILIO POR JUBILACIÓN LABORAL: Cubre al Asociado que haya adquirido este derecho por su tiempo laboral.

Requisitos:

Ser asociado hábil en el momento de ser jubilado y tener mínimo cinco (5) años consecutivos de antigüedad con el Fondo de Empleados.

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio de jubilación, la resolución de la entidad que le concedió la pensión por tiempo laborado. Una vez notificada la resolución al asociado, deberá presentarla en el Fondo de Empleados, a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes de su notificación. Anexar certificado bancario.

3. AUXILIO ODONTOLÓGICO: Únicamente para el asociado, para sufragar gastos de tratamientos odontológicos, que no sean cubiertos por el POS, previa certificación de la entidad competente.

Requisitos:

Ser asociado hábil, llevar vinculado al Fondo de Empleados mínimo un (1) año consecutivo de antigüedad.

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio odontológico, la constancia del médico tratante. Además, de las facturas originales con los requisitos exigidos por la ley, que soporten la cancelación de los gastos en que se haya incurrido. Anexar certificado bancario.

Nota: La factura por cancelación de los tratamientos deberá presentarse al Fondo de Empleados a más tardar dentro de los sesenta (60) días siguientes. **Vencido este término se perderá el derecho al auxilio.**

4. AUXILIO OFTALMOLOGICO: Únicamente para el asociado, para sufragar gastos por prescripción de uso de lentes, de acuerdo con el grado del problema visual.

Requisitos:

Ser asociado hábil, llevar vinculado al Fondo de Empleados mínimo un (1) año consecutivo de antigüedad.

El asociado deberá acompañar a los formatos solicitud de auxilio oftalmológico, la formula del médico tratante. Además, de las facturas originales con los requisitos exigidos por la ley, que soporten la cancelación de los gastos en que se haya incurrido. Anexar certificado bancario.

Firma Asociado _____
Cedula:

Asesor: _____

Requisitos: Soportes Completos
Tiempo de vinculación Meses
Curso de economía
Al día en los pagos

PARA USO EXCLUSIVO DE FESER

Aprobado: Si No Valor aprobado

Letras _____

Acta No. _____ Fecha _____

Observaciones:

Nombre Funcionario que recibe: _____ Nombre Funcionario que revisa _____

Firma : _____ Firma : _____