



Ciudad:

Radicación No.

Fecha de solicitud:

dd

mm

aa

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO (Campo obligatorio)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				No. de documento
Dirección de residencia		Correo electrónico	Celular	Teléfono fijo
Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				
Empresa	Dependencia	Cargo / Ocupación	Teléfono oficina y ext.	

Para efectos de solicitud de Auxilios de Solidaridad, tener en cuenta los siguiente :

1. Diligenciar completamente este formulario.
2. Anexar a esta solicitud todos los soportes correspondientes según el tipo de Auxilio solicitado.
3. Tener los datos actualizados con vigencia durante los últimos (12) doce meses.
4. Ser Asociado hábil al momento de la ocurrencia del hecho y estar al corriente en el pago de sus obligaciones con el Fondo de Empleados.
5. La solicitud del Auxilio debe efectuarse dentro de los dos (2) meses siguientes a la ocurrencia del hecho.
6. Los auxilios se podrán otorgar por una sola vez cada doce (12) meses; siempre y cuando sean por el mismo motivo a excepción del Auxilio de Maternidad / Paternidad.
7. El monto del auxilio se asignará de acuerdo a la antigüedad del Asociado, contemplada en el reglamento de Auxilios de Solidaridad.

TIPO DE AUXILIO SOLICITADO

TIPO DE AUXILIO (Seleccione uno)	DESCRIPCIÓN DEL AUXILIO	DOCUMENTOS
1. Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> <small>(Aplica para el asociado y sus beneficiarios)</small>	Enfermedades Catastróficas <i>Aquellas patologías que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo y baja ocurrencia, tales como:</i> Trasplante/insuficiencia renal crónica, diálisis, Cirugía cardiaca, de la aorta torácica y abdominal, de la vena cava, los vasos pulmonares y renales, reemplazos articulares y/o de marcapasos, SIDA, Ciclos de quimioterapias y radioterapia para el cáncer, trasplante de corazón, hígado o médula ósea, enfermedades cardíacas que requieran atención hospitalaria por infarto agudo de miocardio.	Fotocopia de C.C. <input type="checkbox"/> Comprobantes / facturas legales / soportes de pago/ cirugía / implementos ortopédicos etc) <input type="checkbox"/> Historia Clínica / epicrisis expedida por la IPS /EPS <input type="checkbox"/> Denuncias, certificados por autoridad correspondiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____
3. Auxilios por Hospitalización <input type="checkbox"/>	Gastos médicos y hospitalarios por hospitalización del Asociado.	Historia Clínica / epicrisis expedida por la IPS /EPS <input type="checkbox"/> Fecha de Ingreso: dd / mm / aa _____ Fecha de Egreso: dd / mm / aa _____ Total días de hospitalización: _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;"> El tiempo de hospitalización corresponde a un periodo superior a las 24 horas; y el cual debe acreditarse como hospitalización en el soporte correspondiente. </div>
4. Auxilio de Maternidad / Paternidad <input type="checkbox"/>	Por nacimiento de hijo(s) del Asociado	Registro civil de nacimiento <input type="checkbox"/> Certificado de nacido vivo <input type="checkbox"/>

FORMA DE PAGO (Si el Auxilio es favorable, se realizará el giro a nombre del Asociado titular)

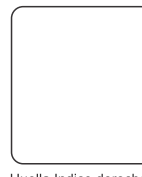
Datos de la cuenta:

Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta
-------	--	------------------

Si el Asociado solicita que el giro del auxilio se realice a una cuenta diferente a la suya; debe diligenciar el Formato de Autorización de pagos a terceros.

FIRMA Y HUELLA

Firma del Asociado
C.C.:



Huella Índice derecho

APROBACIÓN DEL AUXILIO (Espacio exclusivo para uso de Bive)

Datos de recepción de la solicitud	Fecha de solicitud dd mm aa	Hora	Estado de la solicitud Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Aplazada <input type="checkbox"/>
	Fecha verificación de la información dd mm aa		\$ _____ Total valor aprobado
Nombre Funcionario responsable de la validación de la información		Nombre / Firma y sello funcionario que autoriza	