



**COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES  
EL EDUCADOR HERRERANO, R. L.**

**FORMULARIO SOLICITUD DE FONDOS SOCIALES  
SOLICITUD/AUTORIZACIÓN DE PAGOS DE FONDOS**

<b>NOMBRE:</b>		<b>ASOCIADO No.:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO:</b>		<b>FECHA RECEPCIÓN ULTIMO FONDO:</b>	

**FONDO SOLICITADO:**

<input type="checkbox"/> <b>LENTES</b> B/. 60.00	<input type="checkbox"/> <b>HOSPITALIZACIÓN</b> B/. 75.00	<input type="checkbox"/> <b>EXAMEN ESPECIALIZADO</b> B/. 100.00 <input type="checkbox"/> B/. 50.00 (operación ambulatoria)
<input type="checkbox"/> <b>TRATAMIENTO DE CÁNCER</b> B/. 150.00	<input type="checkbox"/> <b>NACIMIENTO DE HIJO</b> B/. 10.00	<input type="checkbox"/> <b>ASISTENCIA EDUCATIVA</b> PRIMARIA (1: B/ 30.00) (3: B/ 40.00) <input type="checkbox"/> SECUNDARIA B/.60.00 <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD B/.150.00
<input type="checkbox"/> <b>FUNERARIO</b> ASOCIADO B/. 500.00 <input type="checkbox"/> FAMILIAR B/. 150.00		

**VERIFICACIÓN DE COMPROMISOS DEL ASOCIADO (A) CON COOPACEH, R. L.:**

<input type="checkbox"/> <b>APORTACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRÉSTAMOS</b>	<input type="checkbox"/> <b>CUENTAS POR COBRAR</b>
<input type="checkbox"/> <b>OTROS</b>		

**OBSERVACIONES:**

**DECLARACIÓN JURADA**

Declaro bajo la gravedad del juramento que todo lo indicado en este formulario es verdadero, completo y correcto. Entiendo y acepto que la información suministrada es para uso exclusivo del tratamiento de beneficios sociales que otorga la cooperativa a los asociados (as).

Los datos personales otorgados a **COOPACEH, R.L.**, serán tratados para verificación de información, aprobación o no del beneficio solicitado y para la comunicación con el solicitante (vía telefónica, internet, correo electrónico, redes sociales, WhatsApp y cualquier otro medio físico o digital). Además, los mismos serán archivados en un expediente físico.

**Señor (a) Asociado (a): Se le informa que, al recibir beneficios de la empresa, no podrá retirarse antes de un (1) año de haber hecho uso del mismo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado (a)  
Cédula número: \_\_\_\_\_

<b>VERIFICADO POR:</b>		<b>FECHA:</b>	
------------------------	--	---------------	--

<b>AUTORIZADO POR:</b>	
------------------------	--