



PO Box 192770, San Juan, PR 00919-2770
Teléfono: 787 754-7895 Fax: 787 250-8762

FONDO DE BIENESTAR SOCIAL EDUCOOP

SOLICITUD DE SERVICIOS

Por concepto de: (marque al correspondiente)

___ Enfermedad ___ Accidente ___ Desastre

Importante: Toda solicitud debe venir acompañada de acuerdo al caso solicitado: Talonario o Certificación de Ingresos, facturas de gastos médicos, referidos de médico recientes, informe de FEMA, informe de Bomberos, querrela de accidente, fotos y presentar cualquier otra evidencia necesaria para facilitar la evaluación del caso.

Apellidos Paterno / Apellido Materno / Nombre # de AMPR # de Socio EDUCOOP

Años de socio # Dependientes Distrito Cooperativo

Dirección Postal Fecha nacimiento

Teléfono Res. Teléfono Trabajo Celular Lugar de trabajo

Casado ___ Soltero ___ Viudo ___ ¿Es usted veterano? Si ___ No ___

¿Es usted ciudadano de los EU? Si ___ No ___ ¿Es usted retirado? Si ___ No ___

¿Tiene préstamos en la Cooperativa? Si ___ No ___

¿Tiene préstamos en otra Institución? Si ___ No ___ Explique: _____

Nombre Institución Cantidad Nombre Institución Cantidad

Fecha del último cheque recibido por concepto de trabajo: _____
(Incluya copia del cheque o talonario por concepto de empleo o retiro)

¿Ha sido usted convicto alguna vez de cualquier violación a las leyes de Puerto Rico, Estados Unidos o cualquier país, que no sea infracción menor a leyes de tránsito?
Si ___ No ___

Planes médicos a que pertenece actualmente: _____ Plan _____ Plan

Ayudas o compensaciones que esta recibiendo actualmente:

Seguro Social _____ Veteranos _____ ACAA _____ Retiro _____

Bienes que posee: Residencia _____ Finca _____
Pueblo Lugar

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

1. Sobre enfermedad

2. Sobre accidentes de carácter grave

3. Sobre pérdidas debido a desastres naturales

***Traer evidencia de cada caso en particular.**

Fecha

Nombre y firma del
solicitante que llena la
solicitud

Nota: Solicitud que no esté acompañada con los documentos requeridos, no será aprobada.