



ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE LA CCSS

Línea Gratuita 800-ASECCSS (2732277) • Chat: WWW.ASECCSS.COM

UNIDAD DE INVERSIÓN SOCIAL (UNIS)

FR-0C-UNIS-08- FORMULARIO DE INCUSIÓN – EXCLUSIÓN DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| | | |

El presente documento debe ser completado para las solicitudes de prórroga del beneficio de beca socioeconómica, en caso de existir la incorporación o salida de personas al grupo familiar durante el último año calendario.

Se debe completar un formulario por cada persona que ingresó / egresó del grupo familiar.

En caso de inclusión de integrantes debe agregar toda la documentación de respaldo que aplique (copia de documento de identidad, constancias de ingresos, constancia de matrícula, entre otros).

Por medio del presente documento, la persona asociada DECLARA como verídica la variación en la composición del grupo familiar, en caso de comprobarse falsedad en los datos expuestos la solicitud será desestimada o bien, el beneficio será suspendido inmediatamente y se accionará la recuperación del valor de lo otorgado conforme lo establece el numeral 59 del Reglamento de Beneficio Solidario, el costo del trámite y los intereses correspondientes desde la fecha que se giró el beneficio, calculados con base en los créditos personales, como se indica en el punto #5 del Consentimiento Informado del programa de Becas Socioeconómicas.

DATOS DE LA PERSONA ASOCIADA

Nombre del asociado(a): _____ Cédula: _____

Reporte de: Inclusión de integrante () Exclusión de integrante ()

INCLUSIÓN DE INTEGRANTE

Parentesco con el asociado(a): Hijo () Padre () Madre () Hermano/a () Primo/a () Tío/a () Sobrino/a () Abuelo/a () Cuñado/a () Otros Familiares () Amistades () Cónyuge/Pareja ()

****Ver Guía de respuestas en la próxima página, puede colocar la palabra o el número según corresponda.**

| | | | | | |
|---------------------|--|------------------------------|---|--|---------------|
| Apellido 1 | | 2.Estado civil | | Enfermedad crónica o terminal | |
| Apellido 2 | | 3.Actividad que realiza | | Asiste a centro educativo (MEP) | Sí () No () |
| Nombre | | Ocupación u oficio | | 8.Último año aprobado | |
| Nacionalidad | | 4.Desempleo | | Estudio técnico | Sí () No () |
| Nº Cédula | | 5.Condición de aseguramiento | | 9. ¿Quién ejerce el cuidado? Menores de 6 años | |
| 1.Sexo | | Ingreso bruto mensual | ¢ | Pago por cuidado (Menores de edad /discapacidad) | ¢ |
| Fecha de nacimiento | | 6.Tipo de pensión | | Integrante no trabaja por ejercer cuidado de otro/s familiares | Sí () No () |
| Edad | | 7.Discapacidad | | | |

***DEBE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS Y COLOCAR "NA" EN CASO DE QUE LA CONSULTA NO APLIQUE.**

****GUÍA DE RESPUESTAS**

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| 1.Sexo: | 5.No aplica | Primero |
| 1.Masculino | 5.Condición de aseguramiento | Segundo |
| 2.Femenino | 1.Asegurado(a) directo | Tercero |
| 3.LGTBI | 2.Familiar de asegurado(a) directo | Cuarto |
| 2.Estado Civil | 3.Por seguro voluntario | Quinto |
| 1.Casado(a) | 4.Pensión Régimen IVM | Sexto |
| 2.Soltero (a) | 5.Pensión Régimen No Contributivo | Séptimo |
| 3.Unión de hecho | 6.Estado | Octavo |
| 4.Divorciado (a) | 7.Por convenio | Noveno |
| 5.Separado (a) | 8.No asegurado | Décimo |
| 6.Viudo (a) | 6.Tipo de pensión | Undécimo |
| 7.No aplica (personas menores de 15 años) | 1.Invalidez, Vejez y Muerte | Duodécimo |
| 3.Actividad que realiza | 2.Régimen No Contributivo | 1º Año Universidad |
| 1.Trabajo permanente | 3.Alimentaria | 2º Año Universidad |
| 2.Trabajo ocasional o por temporada | 4.No recibe pensión | 3º Año Universidad |
| 3.Trabajo estacional | 7.Discapacidad | 4º Año Universidad |
| 4.Desempleado (a) | 1.Física | 5º Año Universidad |
| 5.Oficios domésticos | 2.Intelectual | 6º Año Universidad |
| 6.Estudiante | 3.Visual | Sin Estudios |
| 7.Pensionado (a) | 4.Persona en silla de ruedas | 9.Quién ejerce el cuidado |
| 8.No estudia / No trabaja | 5.Persona sorda | 1.Progenitores |
| 9.No aplica (personas menores de 4 años) | 6.Otra | 2.Familiares |
| 4.Desempleo | 7.No Aplica | 3.Amistades o vecinos |
| 1.Menos de 3 meses | 8.Último año aprobado | 4.CEN-CINAI |
| 2.De 3 a 6 meses | Preescolar - Materno | 5.CECUDI |
| 3.De 6 meses a un año | Transición | 6.Hogar Comunitario |
| 4.Más de un año | | 7.Fundación |
| | | 8.Guardería privada |
| | | 9.Materno o transición |
| | | 10.Se me dificulta con quién dejarlo/a |
| | | 11.No aplica |

EXCLUSIÓN DE INTEGRANTE

Nombre completo de la persona que dejó de formar parte del grupo familiar:

Nº de Identificación: _____

Motivo por el que dejó de ser parte del grupo familiar: _____

Ratifico con mi firma
Firma de la persona asociada