



ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE LA CCSS

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

UNIDAD DE INVERSIÓN SOCIAL (UNIS)

SOLICITUD BENEFICIO SOLIDARIO POR DESASTRE DE ORIGEN NATURAL Y NO NATURAL FR-OC-UNIS-19

DÍA	MES	AÑO

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Apellido1 _____ Apellido2 _____
 Cédula _____ Celular _____ Tel Hab _____
 Centro de Trabajo CCSS _____
 Tel Trab _____ Ext _____ Email _____
 Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____
 Dirección por señas _____

INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN DE DESASTRE NATURAL Y NO NATURAL

1. Tipo de desastre:

NATURAL	NO NATURAL
<input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Terremoto <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Erupción volcánica <input type="checkbox"/> Huracán <input type="checkbox"/> Deslizamiento <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Otro: _____

2. Marque con una (X) las principales afectaciones generadas por el desastre (puede marcar varias opciones):

a. Afectación en infraestructura:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paredes | <input type="checkbox"/> Muros | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Puertas y ventanas | <input type="checkbox"/> Verjas | |
| <input type="checkbox"/> Pisos | <input type="checkbox"/> Techos-Cerchas | |
| <input type="checkbox"/> Sistema eléctrico | <input type="checkbox"/> Baño (inodoro-lavatorio) | |
| <input type="checkbox"/> Tubería-Fontanería | <input type="checkbox"/> Tanque séptico | |

b. Artículos de primera necesidad en mal estado o bien fueron sustraídos en caso de robo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> Colchones | <input type="checkbox"/> Juego de comedor |
| <input type="checkbox"/> Plancha | <input type="checkbox"/> Ollas | <input type="checkbox"/> Cerradura de puerta principal |
| <input type="checkbox"/> Plantilla | <input type="checkbox"/> Ropa de cama | |
| <input type="checkbox"/> Lavadora | <input type="checkbox"/> Cucharas, platos y vasos | |
| <input type="checkbox"/> Sartén eléctrico | <input type="checkbox"/> Ropa de vestir | |
| <input type="checkbox"/> Juego de sala | <input type="checkbox"/> Refrigeradora | |
| <input type="checkbox"/> Microondas | <input type="checkbox"/> Útiles escolares | |
| <input type="checkbox"/> Cama | <input type="checkbox"/> Víveres | |
| <input type="checkbox"/> Pila o fregadero | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas o andadera | |

ASOCIACIÓN SOLIDARISTA DE EMPLEADOS DE LA CCSS

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

UNIDAD DE INVERSIÓN SOCIAL (UNIS).

COMPROBANTE DE SOLICITUD DEL BENEFICIO SOLIDARIO POR DESASTRE DE ORIGEN NATURAL Y NO NATURAL



COMPROBANTE

Otros artículos dañados o sustraídos:

3. ¿Cuál es el motivo por el que requiere aplicar por el beneficio solidario por desastre de origen natural y no natural? Explique detalladamente cuáles artículos de primera necesidad se deben reponer de forma prioritaria o qué tipo de arreglo necesita realizar urgentemente.

DECLARACIÓN JURADA

El suscrito(a) _____, portador(a) de la cédula de identidad número _____, en pleno uso de mis capacidades cognoscitivas y volitivas; y entendido(a) sobre las penas con las que la legislación costarricense castiga los delitos de perjurio y de falso testimonio; Bajo la Fe de Juramento, DECLARO, que: toda la información y documentación suministrada por parte del (la) suscrito(a) a la Unidad de Inversión Social de la Asociación Solidarista de Empleados de la Caja Costarricense de Seguro Social (ASECCSS), con el fin de que se me otorgue uno de los beneficios sociales establecidos en el Reglamento de Programa de beneficio solidario PROBESOL, es completamente verídica. Declaro lo anterior advertido sobre el valor y trascendencia de mis manifestaciones, las cuales entiendo a plenitud y acepto de conformidad.

Lo anterior es ratificado con mi firma, el día _____ del mes _____ del 20 _____.

FIRMA DE PERSONA ASOCIADA
_____ Firma del asociado/a
_____ Fecha

RECEPCIÓN EN OFICINAS ASECCSS
_____ Sello y firma del colaborador/a
_____ Fecha

RECEPCIÓN EN UNIDAD DE INVERSIÓN SOCIAL
_____ Sello y firma colaborador/a UNIS
_____ Fecha

_____ Firma del asociado/a
_____ Nombre del asociado/a
_____ Cédula

_____ Sello y firma del ejecutivo/a
_____ Fecha

COMPROBANTE