



**SOLICITUD PERSONAL DE AYUDA ECONÓMICA PARA COBERTURA DE  
ASISTENCIA DOMICILIARIA/ RESIDENCIA GERIÁTRICA POR REINTEGRO**

(A COMPLETAR POR EL AFILIADO O FAMILIAR RESPONSABLE)

Lugar y fecha: ,  /  /

Nombre y apellido del solicitante:

Vínculo:  Teléfono de referencia:

E-mail:

Nombre y apellido del afiliado titular:

N.º de afiliado:  /  D.N.I.:

Nombre y apellido del benef. de la prestación:

D.N.I.:  Fecha de nacimiento:  /  /

Estado civil:

Profesión:  Edad:

Lugar de trabajo o estado previsional:

Domicilio:  Localidad:

Posee otra obra social:  SI  NO ¿Cuál?

**Motivo de solicitud:**

Adjuntar:

- 1) Formulario médico
- 2) Recibo de sueldo/haberes

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I.: