



**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.: _____