



REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD  
FORMULARIO  
SOLICITUD DE PREMIOS Y SUBSIDIOS

Versión 1.1  
Vigencia  
01/05/2024

FECHA

NOMBRES Y APELLIDOS		SOCIO N°	DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	EN CARÁCTER DE
SOLICITANTE				
DIRECCIÓN			TELÉFONO	

**PREMIOS Y SUBSIDIOS**

MATRIMONIO			
Fecha del evento	____/____/____	Nombres y apellidos del cónyuge	
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante. <input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía del Certificado de Matrimonio Civil.		

NACIMIENTO			
Fecha del evento	____/____/____	Nombres y apellidos del hijo o hija	
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante. <input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía del Certificado de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo del MSPyBS o, en caso de hijo nacido muerto, de la constancia expedida por el MSPyBS. <input type="checkbox"/> Certificado en hoja membretada del hospital o sanatorio en el que conste el tipo de parto		

FALLECIMIENTO			
Fecha del evento	____/____/____	Nombres y apellidos del fallecido	
Relación con el fallecido		¿Utilizó el servicio de sepelio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante y del fallecido. <input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía del Certificado de Defunción. <input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía del parte médico en el que conste la causa del deceso. <input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de certificados que acreditan relación con el fallecido (según caso). <input type="checkbox"/> Copia autenticada de informe médico si el fallecido es un hijo o hija con necesidades especiales. <input type="checkbox"/> Copia autenticada del parte policial en caso de muerte provocada intencional o accidentalmente.		

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE			
Fecha del evento	____/____/____	Nombre y apellido del socio titular	
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante y del afectado. <input type="checkbox"/> Certificado original expedido por Junta Médica.		

CULMINACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS Y UNIVERSITARIOS			
Fecha del evento	____/____/____	Título obtenido	
Nivel		Universidad o instituto	
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante. <input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía del título habilitante o certificado de estudios, visados y legalizados.		

INTERNACIÓN HOSPITALARIA O REPOSO DOMICILIARIO			
Fecha desde	____/____/____	Médico tratante	
Fecha hasta	____/____/____	Hospital o sanatorio	
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante. <input type="checkbox"/> Certificado de internación con membrete de la institución para casos de internación hospitalaria. <input type="checkbox"/> Certificado de reposo expedido por médico tratante para casos de reposo domiciliario.		

COMPRA DE ANTEOJOS			
Fecha de compra	____/____/____	Nombre de la tienda/óptica	
Adjunto	<input type="checkbox"/> Copia autenticada por Escribanía de la Cédula de Identidad Civil del solicitante y del afectado. <input type="checkbox"/> Copia simple de receta para compra de anteojos o lentes a nombre del socio. <input type="checkbox"/> Copia simple de factura de compra de antejo o lentes a nombre del socio.		

Por la presente declaro haber leído y aceptado las condiciones establecidas en el Reglamento de Solidaridad vigente.

-----  
Firma del Solicitante

## INDICACIONES PARA EL LLENADO

A fin de orientar el correcto llenado, se citan las siguientes indicaciones:

- En el apartado **FECHA**, debe llenarse la fecha en formato DD/MM/AAAA en números arábigos. No se admiten números romanos.
- En el siguiente apartado, el solicitante debe llenar sus datos completos y reales. En el campo **"EN CARÁCTER DE"**, el solicitante deberá escribir una de las siguientes opciones: *TITULAR, CÓNYUGE, MADRE o PADRE, HIJO o HIJA, ENCARGADO o ENCARGADA*, según el caso y las condiciones establecidas para cada tipo de beneficio.
- Se entiende por **"Fecha del evento"**, a la fecha exacta en que haya ocurrido el nacimiento, matrimonio, fallecimiento, causa de incapacidad, culminación de estudios, internación o reposo. Debe completarse con formato DD/MM/AAAA en números arábigos. No se admiten números romanos.
- El solicitante deberá marcar las documentaciones que adjunta a la solicitud, según el beneficio solicitado y lo establecido en el Reglamento de Solidaridad.
- En el apartado de **FALLECIMIENTO**, el solicitante deberá declarar su **"Relación con el fallecido"** de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de Solidaridad. Las opciones son: *CÓNYUGE, PADRE o MADRE, HIJO o HIJA*. Asimismo, deberá declarar si se ha utilizado el servicio de sepelio con empresas designadas por la Cooperativa, marcando la opción correspondiente en el campo **"¿Utilizó el servicio de sepelio?"**. Se aclara que, en caso de que la respuesta sea **"Sí"**, el importe será abonado a la empresa en concepto de *Cobertura por servicio de sepelio* hasta el monto estipulado en el Reglamento de Solidaridad.
- En el apartado **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, el solicitante deberá declarar su relación con el socio en el campo **"EN CARÁCTER DE"** al inicio del formulario. En el caso de encargados del cuidado de la persona con incapacidad, se requiere la firma de por lo menos dos testigos.
- En el apartado de **CULMINACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS Y UNIVERSITARIOS**, el campo **"Fecha del evento"** debe llenarse con la fecha consignada en el título habilitante, en formato DD/MM/AAAA y con números arábigos. No se admiten números romanos. En el campo **"Título obtenido"**, deberá consignarse el título tal cual como aparece en el documento habilitante. En el campo **"Nivel"** se debe completar con una de las siguientes opciones: *TÉCNICO SUPERIOR, UNIV. – GRADO, UNIV. – MAESTRÍA, UNIV. – DOCTORADO.*
- En el apartado **INTERNACIÓN HOSPITALARIA O REPOSO DOMICILIARIO**, deberá llenarse las fechas de inicio y finalización en los campos correspondiente. El campo **"Hospital o sanatorio"** se deberá llenar con el nombre completo de la institución en los casos correspondientes.
- La firma del solicitante deberá coincidir con la firma consignada en la cédula de identidad civil.

### OBSERVACIONES:

- El **certificado de reposo** debe contener: fecha de expedición, nombre y apellido completo del socio, datos del médico tratante (especialidad y N° de matrícula), breve informe clínico o diagnóstico, fecha de reposo (desde/hasta), firma y sello del médico tratante. Este certificado deberá estar visado por el MSPyBS.
- El **certificado de internación** debe estar impreso en hoja con membrete del hospital o sanatorio y debe contener: fecha de expedición, días de internación, diagnóstico del médico tratante, firma y sello del responsable del sanatorio u hospital (director, administrador, o jefe de sala).
- Para el beneficio por **culminación de estudios técnicos y universitarios**, se debe tener en cuenta la exigencia mínima de años: educación técnica superior de 2 años mínimos, educación universitaria – grado de 4 años mínimos, educación universitaria – maestría de 2 años mínimos, y educación universitaria – doctorado de 2 años mínimos.

PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA			
Antigüedad del socio		Fecha de ingreso	
Solidaridad al día al momento de ocurrir el evento	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atraso	
Monto abonado de Solidaridad hasta la fecha		Fecha de último pago	
Observaciones			
----- -----			
Monto corresp. según Reglamento		Monto neto a acreditar	
Providencia: _____, según Acta CONAD N° _____ de fecha ____/____/____			
----- Secretario/a	----- Presidente	----- Consejo de Administración	