SOLICITUD DE BENEFICIOS
INCAPACIDAD TEMPORERA Y/O PERMANENTE

Lic. Núm._____ Fecha solicitud: _____

Nombre: _____
apellido paterno apellido materno

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Fecha lic. Expedida: _____ Fecha primera colegiación: _____

Colegiado: Sí____ No_____ Fecha última colegiación: _____

Motivos de la solicitud (explique enfermedad) _____

_____

_____

_____

Nota: Favor de indicarle al médico que llene el certificado en español que se entienda el diagnostico.

Tipo de incapacidad: Temporera_____ Permanente_____

Indique ingresos por:

1- Seguro Social: $_____ 3- Retiro ELA: $_____

2- Fondo Seguro del Estado: $_____ 4- Otros: $_____

Someter los siguientes documentos requeridos junto a la solicitud:

1- **Estar debidamente colegiado.**
2- **Certificado médico que indique razón de la incapacidad permanente de la misma y tratamiento.**
3- **Copia reciente cheque Seguro Social, Fondo Seguro del Estado, Retiro y otros.**
4- **Cualquier otro documento requerido por la Comisión de Beneficencia y/o la Honorable Junta de Gobierno**.

Nombre, y teléfono esposa (o) o familiar más cercano: _____

_____

Informe recibido por: _____ Fecha: _____