



# CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS DE SALTA

## FONDO DE COBERTURA SOCIAL Y ADICIONAL SUBSIDIO POR ESCOLARIDAD HIJO DISCAPACITADO SOLICITUD N°

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento del citado Fondo (FOCOB), solicito el pago del subsidio por escolaridad de mi hijo con discapacidad, siendo los datos requeridos los siguientes:

### 1.- DATOS DEL AFILIADO

Apellido: ..... Nombres: .....  
Profesión: ..... Afiliado N°   
Documento: Tipo y N° ..... Fecha Nacimiento: ...../...../.....  
Teléfono (Fijo y/o Celular): ..... Correo Electrónico: .....

### 2.- DATOS DEL HIJO CON DISCAPACIDAD

Nombre y Apellido del hijo: .....  
Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... años  
Instituto Educativo: .....

### 3.- DOCUMENTACION PRESENTADA

- \* Acta de Nacimiento del hijo o copia certificada actualizada
- \* Fotocopia DNI del afiliado
- \* Certificado de Discapacidad emitido por la autoridad competente de la Pcia. de Salta
- \* Certificado de escolaridad emitido por Entidad Educativa de la Pcia. de Salta
- \* Certificación cumplimiento de aportes previsionales y al FOCOB. Verificado:

### 4.- DISPOSICIONES APLICABLES

Tomo conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCOB y las específicas que se transcriben a continuación:

Se acordará una ayuda especial, en el mes de Marzo de cada año, durante tres años como máximo a los afiliados activos que tengan hijo con discapacidad mental o física permanente, certificada por Ente pertinente de la Pcia. de Salta. La ayuda se acordará como máximo hasta cumplir el hijo los 18 años de edad o hasta la fecha de vencimiento del certificado de discapacidad si fuera anterior y el valor del subsidio será el equivalente a 70 unidades previsionales por año

Salta

Afiliado: .....

Aclaración:.....

Recibido por: .....

### 5.- RESOLUCIÓN DIRECTORIO Y LIQUIDACION

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, se procede a liquidar la suma de \$..... a nombre del afiliado, según Orden de Pago N° ..... y Cheque N° .....c/Banco Macro. La presente autorización se refiere al ..... año de subsidio

Por el Directorio: .....