



FORMULARIO F.11

Sello Fechador

## FONDO DE COBERTURA ADICIONAL SUBSIDIO POR MATERNIDAD

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

### RUBRO 1: DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Afiliado Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tipo de Documento: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

*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 a quienes registren afiliación activa a la fecha de gestación y a la fecha de nacimiento del hijo/a. Establecer el valor del subsidio en el importe equivalente a 50 unidades previsionales y se abonará por el término de 3 (tres) meses desde el nacimiento de hijo. Para el acuerdo del subsidio deberá presentar acta o certificado del nacimiento. -*

Firma y Aclaración:

### RUBRO 2: DATOS DE CUENTA BANCARIA

Banco: \_\_\_\_\_ Nro. de cuenta: \_\_\_\_\_

CBU o Alias: \_\_\_\_\_

### RUBRO 3: DATOS COMPLEMENTARIOS

Nombres y Apellidos hijo/s: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### RUBRO 4: INFORME ADMINISTRATIVO

	Copia DNI del afiliado	<b>Recepción y verificación:</b>
	Acta de Nacimiento del hijo	
	Constancia de CBU	<b>Control:</b>
	Cumplimiento de aportes previsionales y FOCOB	
		<b>Observaciones:</b>

### RUBRO 5: RESOLUCIÓN DIRECTORIO

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, \_\_\_ (SI/NO) se procede a liquidar el subsidio solicitado.

Unidades Previsionales: \_\_\_\_\_ al valor de \$ \_\_\_\_\_, siendo el monto total a liquidar de \$ \_\_\_\_\_

Firma DIRECTORIO: