



FONDO DE EMPLEADOS DIAMANTE
FEDIAMATE
NIT 900.741.129-5

SOLICITUD DE AUXILIOS

Ciudad y Fecha:	Regional:
Apellidos y nombres	Cédula:
Dirección	Teléfono:

INDIQUE CON UNA X EL TIPO DE AUXILIO SOLICITADO

MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>	APARATOS ORTOPEDICOS <input type="checkbox"/>	ACOMP.ASIS.TEMP <input type="checkbox"/>	DAÑO PARC.VIVIENDA/ENSERES <input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACION/CIRUGIA <input type="checkbox"/>	AYUDAS DIASGNOSTICAS <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS <input type="checkbox"/>	DAÑO TOTAL VIVIENDA/ENSERES <input type="checkbox"/>
LENTES <input type="checkbox"/>			FALLE. BENE. ASOCIA. <input type="checkbox"/>

ENTIDAD BANCARIA	TIPO CUENTA	NUMERO DE CUENTA

RELACION DE DOCUMENTOS SOPORTE:

EL SOLICITANTE

<hr/> FIRMA CEDULA	
------------------------------	--

ESPACIO RESERVADO PARA FEDIAMANTE

VALOR APROBADO: \$	FECHA:	
QUIEN RECIBE SOLICITUD	VoBo GERENCIA	APROBACION COMITÉ DE BIENESTAR
NOMBRE: CARGO : REGIONAL: FRA- jun-18		