

CAMPAÑA DE LA SOLIDARIDAD 2019

COMITÉ BUEN COMPAÑERO

ASECARGILL

Yo: _____ . Cédula: _____ .

Centro de Trabajo: _____ . Cód. de Empleado: _____ .

Forma de Pago: () Semanal () Quincenal () Mensual

Mi aporte es de:

Monto ₡500 Monto ₡1000 Monto ₡1500

Otro: ₡ _____ .

ASECargill

ASOCIACION SOLIDARISTA DE COLABORADORES DE PIPASA
COMITÉ EL BUEN COMPAÑERO

FORMULARIO SOLICITUD DE AYUDA

FECHA: _____

NOMBRE DEL ASOCIADO QUE REQUIERE AYUDA _____

CEDULA _____

CENTRO DE TRABAJO _____

TELEFONO CASA: _____ CELULAR: _____

GRUPO FAMILIAR:

Total Miembros de la Familia Adultos Niños menores de 15 años

INGRESO FAMILIAR (favor indicar quienes laboran en la familia)

HIJOS ESPOSA (O) OTROS

GASTOS FAMILIARES

Vivienda Propia Vivienda Alquilada Vivienda Prestada

Otro (indique solo situaciones especiales) _____

APORTA AL COMITÉ DEL BUEN COMPAÑERO SI NO

Desea aportar : ¢ _____ por quincena/ mes

DETALLE DE LA AYUDA SOLICITADA: _____

MOTIVO DE LA AYUDA SOLICITADA: _____

NOMBRE DE QUIEN TRAMITA _____

CEDULA _____

CENTRO DE TRABAJO _____

RELACIÓN CON EL ASOCIADO:

Jefe Directo Miembro Junta Compañero RRHH Otro:
Indique _____

V.B JEFATURA O GERENCIA

V.B MIEMBRO COMITÉ O JUNTA DIRECTIVA

PARA USO DE OFICINA:

Total Ahorros ¢ _____

Personal ¢ _____ Patronal ¢ _____

Total Deudas

Prestamo Personal _____ Vale _____

Otras Deducciones _____

FIRMAS APROBACION COMITÉ BUEN COMPAÑERO

