

**COMISION PARITARIA  
PARA EL FONDO DE AYUDAS ESPECIALES**

GRUPO

**EJERCICIO      2010**

DATOS DEL SOLICITANTE

<b>Nº DE EMPLEADO</b>
-----------------------

<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>			
<b>CENTRO DE TRABAJO</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>CLAVE</b>	
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b>			
<b>MUNICIPIO / PROVINCIA</b>			
<b>CODIGO POSTAL</b>		<b>ESTADO CIVIL</b>	
<b>EMPLEADO EN ACTIVO</b> (SI/NO)		<b>JUBILADO</b>	

DATOS DEL / DE LOS BENEFICIARIOS

<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>			
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>PARENTESCO</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>			
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>PARENTESCO</b>	
<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>			
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>PARENTESCO</b>	

<b>IMPORTE TOTAL SOLICITADO</b>	
---------------------------------	--

Importe Mínimo de Facturas 650 Euros

PRESTACION SOLICITADA

SUBVENCION MAXIMA PARA LOS GRUPOS 1.250 euros

**A - B**

GASTOS PRODUCIDOS POR ASISTENCIA SANITARIA NO CUBIERTA POR SEGURIDAD SOCIAL A EMPLEADOS EN ACTIVO A 1 DE JULIO DE 2.010( **O PARA SUS FAMILIARES EN PRIMER GRADO QUE CONVIVAN CON ELLOS Y A SUS EXPENSAS,** CON LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES En caso de presentar facturas del cónyuge se deberá presentar **Certificado DE VIDA LABORAL. Ver Normativa.**

OFTALMOLOGIA: Quedan excluidos los gastos por montura de gafas.

ODONTOESTOMATOLOGIA: Quedan excluidos los gastos producidos por extracciones, limpiezas, fluoraciones, y radiografías.

QUEDAN EXCLUIDOS DE ESTE CAPITULO LOS GASTOS OCASIONADOS POR HIDROTERAPIA, MEDICINAS ALTERNATIVAS Y GASTOS FARMACEUTICOS.EXCEPTO VACUNA VPH (Virus Papiloma Humano). **Ver normativa**

**C.**

AYUDAS A JUBILADOS, PREJUBILADOS Y VIUDAS DE EMPLEAD A FECHA 1 DE JULIO DE 2.010. PARTICULARMENTE A LA ATENCION DE GASTOS PRODUCIDOS POR ASISTENCIA SANITARIA NO CUBIERTA POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

**EN EL CASO DE GASTOS MEDICOS OCASIONADOS POR MINUSVALÍA SE DEBERÁ ADJUNTAR, A LA PRESENTE SOLICITUD ORIGINAL O FOTOCOPIA COMPLUSADA DEL CERTIFICADO DE MINUSVALIA**

BREVE DECLARACION DE LAS NECESIDADES DE LA AYUDA SOLICITADA.

RELACION DE DOCUMENTOS / JUSTIFICANTES APORTADOS

Solamente serán admitidas facturas originales y / o fotocopias compulsadas.

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

La suma total de las facturas presentadas no será inferior a 650 euros.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.010

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**IMPRESINDIBLE CUMPLIMENTAR EL Nº DE EMPLEADO**

LA COMISION PARITARIA PARA EL FONDO DE AYUDAS ESPECIALES. UNA VEZ ANALIZADA  
HA ACORDADO \_\_\_\_\_ ( 1 ) LA PRESENTE SOLICITUD.

( 1 ) Aprobar / Denegar