

Ciudad	Fecha de Solicitud	Fecha de Radicación
	mm/dd/aaaa	mm/dd/aaaa

**DATOS DEL ASOCIADO**

Nombres:	Apellidos:	
Tipo y número de documento:	E-mail:	No. de Celular:
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____		

**Presento la siguiente solicitud de auxilio por:**

MEDICAMENTOS <input type="radio"/>	INCAPACIDAD <input type="radio"/>	SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/>	HOSPITALIZACIÓN <input type="radio"/>	LENTES <input type="radio"/>
------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombres y Apellidos:	Tipo y número de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Parentesco:
	No. _____	

Recuerde que el auxilio del Fondo Mutual de Bienestar Social (FOMUBIS) se consignará a su cuenta de ahorros de MULTIROBLE

<b>REQUISITOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS AUXILIOS:</b>	Firma del asociado
A) Tener como mínimo 6 meses de antigüedad como asociado.	
B) Estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones pecuniarias con la cooperativa.	
C) Cumplir con la entrega de documentos que le sean requeridos para comprobación del hecho. Con un tiempo no mayor a 30 días después de ocurrido del evento.	
D) Solicitar los auxilios únicamente para los integrantes del grupo familiar, inscritos en los registros de la base de datos de MULTIROBLE.	
E) Entregar toda la documentación requerida (en ningún caso se entenderá como recibido o aprobada una solicitud de auxilio cuando no se haya entregado toda la información o requisitos solicitados).	
F) Haber actualizado sus datos en el último año.	

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA MULTIROBLE**

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

Recibo de Pago <input type="radio"/>	Fórmula Médica <input type="radio"/>	Documento de la Incapacidad <input type="radio"/>	Epicrisis <input type="radio"/>	Exámenes Médicos <input type="radio"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------	--

**VERIFICACIÓN AUXILIO ANTERIOR**

Tipo de Auxilio:	Valor del auxilio:	Fecha:
	\$ _____	mm/dd/aaaa

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA MULTIROBLE**

Fecha de vinculación a MULTIROBLE: mm/dd/aaaa	Valor de Facturas \$ _____	Valor Aprobado Auxilio \$ _____	Acta N° _____
Aprobado <input type="radio"/>	Aplazado <input type="radio"/>	Negado <input type="radio"/>	Revisado por: _____
			Autorizado por: _____

**REQUISITOS PARA SOLICITAR AUXILIOS DEL FONDO MUTUAL DE BIENESTAR SOCIAL**

- A) MEDICAMENTOS.**  
Aplica para asociado y grupo familiar básico; Valor del auxilio 50% sin exceder los \$ 200.000 mil pesos, se entrega una vez por año para medicamentos no cubiertos por el POS.  
**REQUISITOS:** Radicar formato de solicitud, presentar factura de pago, presentar fórmula médica. Todos los documentos se deben presentar hasta 30 días después del evento.
- B) INCAPACIDAD.**  
Exclusivo para el asociado; una vez por año, incapacidad mayor de 16 días, no aplica por ARL. Valor del auxilio \$ 300.000 mil pesos. **REQUISITOS:** Radicar formato de solicitud, copia de la incapacidad por enfermedad general, copia de la historia clínica. Todos los documentos se deben presentar hasta 30 días después del evento.
- C) SERVICIOS DE SALUD.**  
Aplica para asociado y grupo familiar básico; cubre gastos de ayudas diagnósticas y/o compra o alquiler de implementos médicos. una vez por año. Rango de valores, de \$ 50.000 a \$ 200.000 -> 50% de auxilio, de \$ 200.001 a \$ 400.000 -> 40% , de \$400.001 a \$ 600.000 -> 30%, de \$ 600.000 en adelante -> 30%, sin exceder de \$ 500.000.  
**REQUISITOS:** Radicar formato de solicitud, presentar factura de pago, presentar exámenes médicos. Todos los documentos se deben presentar hasta 30 días después del evento
- D) HOSPITALIZACIÓN.**  
Exclusivo para el asociado; se otorga a partir del quinto (5to) día de estar hospitalizado, máximo de días a reconocer cinco (5) días, valor del auxilio \$ 40.000 por cada día.  
**REQUISITOS:** Radicar formato de solicitud, copia de la incapacidad por enfermedad general, copia de la historia clínica, Todos los documentos se deben presentar hasta 30 días después del evento.
- D) LENTES.**  
Aplica para asociado o grupo familiar básico, auxilio por valor de \$100.000 para compra de lentes oftalmológicos, incluidos lentes de contacto formulados, válido por un cupo cada 2 años. **REQUISITOS:** Radicar formato de solicitud, factura de pago y orden de servicio médico, todos los documentos se deben presentar hasta 30 días después del evento.