

	FORMATO SOLICITUD DE AUXILIO DEL FONDO MUTUAL Razón Social de la Organización: EL ROBLE ENTIDAD COOPERATIVA NIT.: 890.303.438 - 2 Sigla: MULTIROBLE Oficina: CALI - PRINCIPAL		Código: MR002 Versión: 3 Fecha vigente: 07/14/2023 Hoja: 1/1
Ciudad _____	Fecha de solicitud mm/dd/aaaa	Fecha de radicación mm/dd/aaaa	
DATOS DEL ASOCIADO			
Nombres: _____		Apellidos: _____	
Tipo y número de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ No. _____	E-mail: _____	No. de celular: _____	
PRESENTO LA SIGUIENTE SOLICITUD DE AUXILIO POR:			
MEDICAMENTOS ☐	INCAPACIDAD ☐	SERVICIOS DE SALUD ☐	HOSPITALIZACIÓN ☐
LENTES ☐	ODONTOLOGÍA ☐		
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombres y apellidos: _____		Tipo y número de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ No. _____	Parentesco: _____
Recuerde que el auxilio del Fondo Mutual de Bienestar Social (FOMUBIS) se consignará a su cuenta de ahorros de MULTIROBLE			
REQUISITOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE LOS AUXILIOS: A. Tener como mínimo seis (6) meses de antiüedad como asociado. B. Estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones pecuniarias con la Cooperativa. C. Cumplir con la entrega de documentos que 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.		_____ Firma del asociado	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA MULTIROBLE			
DOCUMENTOS REQUERIDOS			
Recibo de pago ☐	Fórmula médica ☐	Documento de la incapacidad ☐	Epicrisis ☐
DATOS PARA DESEMBOLSO DEL AUXILIO			
Si el asociado registra en el sistema con cuenta de ahorros activa en la Cooperativa, el auxilio automáticamente será desembolsado a la misma. En caso de no contar con cuenta en MULTIROBLE, indicar los datos para la transferencia (el asociado asumirá el costo de la misma):			
Entidad Bancaria: _____		Tipo de Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐	No. de Cuenta: _____
VERIFICACIÓN AUXILIO ANTERIOR			
Tipo de auxilio: _____	Valor del auxilio \$ _____		Fecha: mm/dd/aaaa
Fecha de vinculación a MULTIROBLE: mm/dd/aaaa	Valor de facturas: \$ _____	Valor aprobado auxilio: \$ _____	Acta No. _____
Aprobado ☐	Aplazado ☐	Negado ☐	Revisado por: _____ Autorizado por: _____
REQUISITOS PARA SOLICITAR AUXILIOS DEL FONDO MUTUAL DE BIENESTAR SOCIAL			
A. MEDICAMENTOS. Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por \$300.000 (cupó para agotar en el año), válido una vez por año para medicamentos no cubiertos por el POS. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y fórmula médica. presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento. B. INCAPACIDAD. Exclusivo para el asociado, válido una vez por año, incapacidad mayor a 16 días, no aplica por ARL. Valor del auxilio \$300.000. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar copia de la incapacidad por enfermedad general y copia de la historia clínica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento. C. SERVICIOS DE SALUD. Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; cubre gastos de ayuda diagnóstica y/o compra o alquiler de implementos médicos, válido una vez por año: Rango de valores de \$50.000 a \$200.000 = 50% de auxilio, de \$200.001 a \$400.000 = 40% de auxilio, de \$400.001 a \$600.000 = 30% de auxilio, de \$600.000 en adelante = 30% de auxilio, sin exceder los \$500.000. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de apoyo y exámenes médicos realizados. Presentar todos los documentos 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 el formato de solicitud, anexar copia de la incapacidad por enfermedad general y copia de la historia clínica. Presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento. E. LENTES. Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por valor de \$100.000 para lentes oftalmológicos, incluidos lentes de contacto formulados, válido por un cupo cada dos (2) años. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y orden de servicio médico. presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento. D. ODONTOLOGÍA. Aplica para el asociado o integrante del grupo familiar básico; auxilio hasta por \$300.000 (cupó para agotar en el año) para tratamientos no cubiertos por la EPS, válido una vez por año. REQUISITOS: Radicar el formato de solicitud, anexar la factura de pago y orden de servicio médico o diagnóstico del tratamiento, presentar todos los documentos hasta 30 días después del evento.			