



AYUDAS ECONOMICAS	COBERTURA	ALCANCE
	<b>RUBROS</b> <b>AYUDA ECONOMICA POR SERVICIO:</b> PAGO DE SERVICIOS MEDICOS, PAGO DE PENSION POR ENSEÑANZA Y TERAPIAS, PAGOS DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACION FISICA, PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA	FAMILIARES DIRECTOS DEL TITULAR (ESPOSO(A), HIJOS Y POR ÚNICA VEZ A LOS PADRES.
	<b>AYUDA ECONOMICA POR ADQUISICIONES:</b> - ADQUISICION DE ALIMENTOS: SOBRE ALIMENTACION Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES - ADQUISICION DE MATERIAL, INSUMO E INSTRUMENTAL (SILLA DE RUEDAS, AUDIFONOS, ZAPATOS ORTOPEDICOS, MEDICINAS PAÑALES, MULETAS, ANDADORES)	<b>MONTO</b>
	<b>ENFERMEDADES</b> CÁNCER, TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS, NEUROMUSCULARES, OFTALMOLÓGICOS Y DE PERSONALIDAD, MALFORMACIONES FÍSICAS, TBC, INSUFICIENCIA RENAL, CARDÍACA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL	MÁXIMO 2 UIT



## MODELO DE SOLICITUD PARA AYUDA ECONOMICA

SOLICITA: AYUDA ECONÓMICA

SEÑOR GENERAL DE EJÉRCITO COMANDANTE GENERAL DEL EJÉRCITO  
(COBIENE)

Mi General:

....., identificado con CIP N° ..... en actual servicio  
en ....., e mail....., teléfono  
....., ante Ud., con el debido respeto y por conducto regular me presento y digo:

Que, mi menor hijo(a), (Sra. Esposa, madre, padre)....., de.... años de edad,  
padece de ....., conforme lo acredito con el Informe Médico emitido por el HMC, requiere de  
una intervención quirúrgica y/o rehabilitación correctiva que debe ser realizada en .....,  
ocasionando un gasto aproximado de S/....., cantidad que está fuera de mis posibilidades  
económicas, por lo que recurro a Ud., para solicitar se digne disponer el estudio y evaluación de mi caso  
a fin que se me proporcione una Ayuda Económica Social.

POR LO EXPUESTO:

A Ud., solicito acceder a mi pedido.

..... de ..... del 2020.

NA:.....  
Post-firma:.....  
Grado/Arma:.....

### PIEZAS ADJUNTAS:

- Solicitud con su debida elevación (original y copia simple); personal en situación de retiro y cesantes adjuntar Resolución de Baja.
- Informe médico actualizado emitido por el HMC u Hospital del Estado (original y 2 copias simples).
- 03 copias fotostáticas del DNI del Titular y del paciente, CIP, CIF (legalizado en el actuario militar) familiares del personal civil presentar partidas de nacimiento (original y copia).
- Indicación médica y 01 proforma original actualizada a la fecha de la presentación de su solicitud sellada y firmada, (con RUC, dirección, teléfono), centro de rehabilitación, médico (hospital y/o clínica), centro de educación especializada y/o personalizada, farmacias, casas comerciales; en caso de terapias particulares, adjuntar el documento que acredite el ejercicio profesional y copia de DNI del terapeuta).
- Constancia de ESSALUD, del paciente vía internet
- 03 copias fotostáticas de las 02 últimas liquidaciones de haberes.
- Informe psicológico actualizado emitido por el HMC o un centro de salud (original y dos (02) copia simple); **en caso de educación personalizada.**
- Informe Social expedido por el Servicio Social de la Unidad en la que labora.
- Carta de autorización de pago del proveedor respectivo en papel membretado (número de cuenta de ahorros, cuenta de detracción-servicios y código de cuenta interbancaria en soles de **20 dígitos** indicando el Banco al que pertenece la cuenta).
- Constancia de no INDEBIDO expedido por la DACE.
- Constancia de inscripción (2da Capa, ONCOEP, FOSSEP).
- Croquis domiciliario con indicación de teléfono, del Titular y del beneficiario.
- Declaración jurada simple dando fe de la veracidad de la documentación presentada.
-



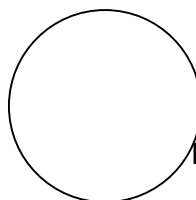
**ANEXO: 02 (modelo de solicitud) a la Directiva N°001 A-2/02. de MAR 2020).**

**(PAPEL MEMBRETADO)**

**CARTA DE AUTORIZACION DE PAGO**

**RAZON SOCIAL : CLINICA REAL LOS LAURELES S.A.C.**  
**REPRESENTACION LEGAL : CONDE ODILON CONTRERAS SANTIBAÑEZ**  
**RUC : 2022082016**  
**CC : 0636363**  
**CCI : 009-251000000636363-04**  
**BANCO : SCOTIABANK**  
**CUENTA DE DETRACCION : .....BCO.....**  
**TELEFONO : 252-4799**

**INDICAR VINCULACION DEL RUC CON EL CCI.**



.....  
**FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA**

**ADJUNTAR:**

- Presupuesto del especialista.
- Copia fotostática del título profesional médico tratante.
- Copia del Carnet de Colegio profesional.
- Dirección.