

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMUN

Primera solicitud		Renovación
DATOS DE LA TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)		
Número de cédula: 829-940-7928	NSS: 1099774	Sexo/edad: M
Nombres y Apellidos: PEDRO TAVARES ROSARIO OVALLES		
Teléfono de contacto: 809-524-1180	Provincia residencia:	Sector:
Ocupación:	Tiempo laborando en la Empresa:	
DATOS DEL EMPLEADOR		
Número de la Empresa: 477723	RNC: 401007339	Registro Patronal: 477723
Tipo de Empresa: Empresa Pública Centralizada	Teléfono: 809-688-9700	
Dirección de la Empresa: Distrito Nacional		
Sucursal (si aplica):		
Correo Electrónico:	Persona de Contacto:	Teléfono:
DATOS MÉDICOS QUE DAN ORIGEN A LA DISCAPACIDAD LABORAL		
Tipo:		
Enfermedad común:	Discapacidad por embarazo:	Accidente no laboral:
Diagnóstico que origina la discapacidad:		
Modalidad de la Licencia (marque ambas modalidades si aplican ambas)	Ambulatoria:	Hospitalaria:
Fecha de Inicio de licencia o renovación ambulatoria (dd/mm/aa):		Días calendarios ambulatorios:
Fecha de Inicio de licencia o renovación hospitalaria (dd/mm/aa):		Días calendarios hospitalarios:
<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> Firma del afiliado </div> <div style="text-align: center;"> Firma y sello del empleador </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">Al presentar esta solicitud debidamente completada, firmada y sellada, tanto el empleador como el trabajador (a), declaran, bajo la fe del juramento, que las informaciones suministradas son veraces y que se ha dado fiel cumplimiento a los requisitos establecidos por la ley 87-01, Reglamentos y Resoluciones vigentes, para la entrega de los subsidios del Regimen contributivo del Seguro Familiar de Saludos (SFS).</p>		