



# Asociación Paraguaya de Enfermería

Con personería Decreto N° 16726 - 18 de Marzo de 1953

Afiliado al Consejo Internacional de Enfermera (C.I.E.)

Federación Panamericana de Enfermería (F.F.P.E.N.)

Internacional de Servicios Públicos (ISP)

## SOLICITUD DE SOLIDARIDAD

Fecha: ____/____/____	Socio N°: _____ Beneficiario del Socio N°: _____	<b>CASA CENTRAL</b> <b>FILIAL N°</b> _____
-----------------------	---	---

Señores  
Asociación Paraguaya de Enfermería.  
Presente

Por la presente solicito la concesión del subsidio, premio y/o devolución de haberes, sobre la base de los documentos que bajo mi responsabilidad y con expresa constancia de ser verdaderos y correctos, consigno en esta solicitud con carácter de Declaración Jurada, y podrán ser verificados por la asociación si así lo desea. El otorgamiento de lo solicitado estará sujeto a los términos y condiciones indicadas en esta solicitud y en el reglamento de solidaridad vigente, a cuya observancia y cumplimiento me obligo normalmente; además autorizo suficientemente a que el monto que me fuere otorgado me concedan según corresponda.

Adjuntar Fotocopia de Cédula de Identidad actualizada del solicitante

DATOS DEL SOLICITANTE		
Nombre y Apellido:		C.I. N°:
Dirección particular:		Teléf.:
Barrio:	Ciudad:	Celular:
SUBSIDIOS		DOCUMENTOS A PRESENTAR
<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Cirugía Mayor</b> (Socio/a)		<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, Proveído por la Asociación.</li><li>▶ <b>Certificado Médico o Constancia original de Internación que deberá contener los siguientes datos:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre y Apellido del Paciente.</li><li>• Procedimiento, Fecha de Atención o Internación y Egreso.</li><li>• Tiempo de Internación y motivo por el Hospital, Sanatorio.</li><li>• Sello y Firma del médico tratante con su número de Registro profesional.</li><li>• Factura o Recibo Legal del Centro Asistencial utilizado por el /la socio/a</li><li>• Fotocopia de Cédula de Identidad Civil del Socio/a</li><li>• Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul></li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Internación</b> (Socio/a)		<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, Proveído por la Asociación.</li><li>▶ Certificado médico original con membrete o sello Del Hospital o la Institución de Salud.</li><li>▶ Nombre y Apellido del socio/a, diagnóstico Médico, detallado: fecha del hecho, duración de la incapacidad transitoria, los certificados deben ser expedidos con firma, sello y número de Registro profesional del médico tratante. Fotocopia de CI del socio/a. Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Incapacidad Transitoria</b> (Socio/a)		<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, proveído Por la Asociación.</li><li>▶ Certificación medico original con membrete Sello del hospital o institución médica.</li><li>▶ Nombre y apellido del socio/a, diagnóstico médico, detallado: fecha del hecho, motivo o causa de incapacidad permanente, los certificados deben Ser expedidos en forma informatizada con firma, Sello y número de registro profesional del médico tratante.</li><li>▶ El socio que accede a este beneficio no ya no podrá solicitar otros subsidios de Solidaridad, excepto por fallecimiento.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>



# Asociación Paraguaya de Enfermería

Con personería Decreto N° 16726 - 18 de Marzo de 1953

Afiliado al Consejo Internacional de Enfermera (C.I.E.)

Federación Panamericana de Enfermería (F.F.P.P.E.N.)

Internacional de Servicios Públicos (ISP)

<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Incapacidad Permanente</b> (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, proveído Por la Asociación.</li><li>▶ Certificación medico original con membrete Sello del hospital o institución médica.</li><li>▶ Nombre y apellido del socio/a, diagnóstico médico, detallado: fecha del hecho, motivo o causa de incapacidad permanente, los certificados deben Ser expedidos en forma informatizada con firma, Sello y número de registro profesional del médico tratante.</li><li>▶ El socio que accede a este beneficio ya no podrá solicitar otros subsidios de Solidaridad, excepto por fallecimiento.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Matrimonio</b> (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud, proveído por la asociación.</li><li>▶ Fotocopia autenticada de la Libreta de Familia o Certificado de Matrimonio, expedido por el Registro Civil de las Personas.</li><li>▶ Fotocopia de Cedula de Identidad Civil vigente de el/la socio/a y del Cónyuge.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Maternidad, Paternidad o Adopción Plena</b> (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, proveído por la Asociación.</li><li>▶ Fotocopia autenticada de Certificado de Nacimiento de el/la hijo/a expedido por el Registro Civil de Personas</li><li>▶ Fotocopia de Cédula de Identidad civil de el/la socio/a.</li><li>▶ Sentencia judicial de adopción plena en caso de adopción.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Mortinato</b> (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ A partir de los 3 (tres) meses de gestación certificada por Médico especialista en el Área con su número de registro profesional, firma y sello, membrete y sello de la Institución de Salud.</li><li>▶ Se solicitará estudios de diagnóstico (ecografía) para certificar la veracidad del hecho.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Subsidio por Jubilación.</b> (Socio/a)	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Copia Autenticada de Resolución de Jubilación.</li><li>▶ Fotocopia de Cédula de Identidad Civil de el/la socio/a</li><li>▶ Fotocopia de Registro Profesional.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Fallecimiento</b>  A-) Del Socio/a B-) Cónyuge C-) Padre/Madre D-) Hijo menores de 18 años.	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Llenar debidamente la solicitud de Subsidio, Proveído por la Asociación.</li><li>▶ Fotocopia autenticada del Certificado de Defunción.</li><li>▶ Fotocopia autenticada de Certificado de Nacimiento de El/la socia, si el fallecido es uno de sus padres.</li><li>▶ Fotocopia autenticada de Cédula de Identidad Civil de el/la socio/a y del fallecido.</li><li>▶ Fotocopia autenticada del Certificado de Matrimonio civil si el fallecido es Cónyuge de el/la socio/a. (Certificar relación).</li><li>▶ Fotocopia autenticada de Certificado de Nacimiento si el fallecido es hijo/a del socio.</li><li>▶ Constancia de cumplimiento de la cuota social.</li></ul>

-----  
Firma del Solicitante

EE.UU. c/ República de Colombia N° 1063 - Tel.Fax: (595-21) 224-940 -Cel.: (0983) 85 99 52

Email: [ae\\_paraguay@yahoo.com.ar](mailto:ae_paraguay@yahoo.com.ar) - [www.ape.py](http://www.ape.py) -Asunción - Paraguay



# Asociación Paraguaya de Enfermería

Con personería Decreto N° 16726 - 18 de Marzo de 1953

Afiliado al Consejo Internacional de Enfermera (C.I.E.)

Federación Panamericana de Enfermería (F.F.P.E.N.)

Internacional de Servicios Públicos (ISP)

## INFORME DE LA ADMINISTRACIÓN

- Antigüedad requerida ☐
- Edad requerida ☐
- Sub. Recibido durante el año por el mismo  
SI ☐ NO ☐
- Documentos exigidos completos ☐

- Solidaridad al día en el momento del suceso ☐
- Al día con todas sus obligaciones  
(Aporte, otros) ☐

- Tiempo adecuado para presentación del documento ☐

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibido por:  
Firma y Sello

Verificado por: Secretario Administrativo

Fecha de Aprobación

## RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE SOLIDARIDAD Y/O COMITÉ EJECUTIVO Y/O SUCURSAL 1

Estudiada por el Comité de Solidaridad y/o Ejecutivo y/o Sucursal 1, en sesión de fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

siendo: Aprobada ☐ Rechazada ☐ s/ Art. \_\_\_\_\_ del Reglamento de Solidaridad Pendiente ☐

Monto total aprobado: Gs.: \_\_\_\_\_ (Guaraníes: \_\_\_\_\_)

Conforme consta en Acta N°: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la Presidenta del Comité de Solidaridad

Firma de la Presidenta APE