**SOLICITUD DE PRÉSTAMOS O SUBSIDIOS DE FONDO SOLIDARIO:**

Los **PRÉSTAMOS** están destinados a solventar gastos relacionados con la **SALUD,** ocasionados por: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, medicamentos, estudios de alta complejidad, prótesis, equipos ortopédicos, vuelos sanitarios. Se devolverán a partir de los 6 meses de otorgados, en 12 cuotas sin interés.

Los **SUBSIDIOS** se otorgan con la finalidad de solventar gastos de **SALUD DE** **EXTREMA GRAVEDAD** (enfermedades crónicas o agudas de tipo terminales o irreversibles, con pronósticos desfavorables). No son reintegrables.

**REQUISITOS:**

* Estar matriculado, encontrarse activo y al día en el pago de matrícula y cuota del Fondo Solidario.
* No registrar antecedentes de sanción por el Tribunal de Disciplina.
* No tener sentencias en contra por juicios entablados con el Colegio.
* Haber superado el año de carencia, que se cuenta desde el momento de la matriculación.
* En caso de solicitar préstamo, presentar 2 garantes: uno de ellos, profesional Psicólogo con facturación continua, y el otro con recibo de sueldo con ingresos superiores a la cuota mensual pautada, y que la misma represente menos del 30% de su ingreso mensual.

*Los familiares directos de los matriculados podrán acceder al préstamo, previa solicitud de inscripción al Fondo Solidario y pago del monto mensual correspondiente al mismo, con un año de carencia.*

*El subsidio NO será extensible a los familiares de los matriculados.*

**PARA ACCEDER AL PRÉSTAMO O SUBSIDIO DEBERÁ PRESENTARSE:**

* Formulario de Solicitud correspondiente, con los datos completos.
* Fotocopia y original de la documentación en la que se fundamenta el pedido de préstamo (certificados médicos, estudios realizados).
* Garantía: deberá documentar el total de la deuda en pagaré*.*
* Dos garantes: Fotocopias de DNI y recibo de sueldo de un garante, copia de constancia de facturación continua del garante Psicólogo.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO**

FECHA:

* NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE:
* DNI:
* EDAD:
* PROFESIÓN:
* MATRÍCULA:
* DOMICILIO:
* LUGAR DE TRABAJO:
* ESTADO CIVIL:
* OBRA SOCIAL:
* GRUPO FAMILIAR DE CONVIVENCIA:
* MOTIVO DEL PEDIDO:
* ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE FUNDAMENTA EL PEDIDO (ORIGINAL Y COPIA DE CERTIFICADOS MÉDICOS, ESTUDIOS).
* GARANTES: ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI DE RECIBO DE SUELDO DE UN GARANTE Y COPIA DE CONSTANCIA DE FACTURACIÓN CONTINUA DEL GARANTE PSICÓLOGO.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO**

FECHA:

* NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE:
* DNI:
* EDAD:
* MATRÍCULA:
* DOMICILIO:
* LUGAR DE TRABAJO:
* ESTADO CIVIL:
* OBRA SOCIAL:
* GRUPO FAMILIAR DE CONVIVENCIA:
* MOTIVO DEL PEDIDO:
* ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN QUE FUNDAMENTA EL PEDIDO (ORIGINAL Y COPIA DE CERTIFICADOS MÉDICOS, ESTUDIOS).