

**SOLICITUD DE AYUDA SOCIAL**

Fecha:.....

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres & Apellidos completos:

C.I.: Edad: F. N: Ocupación:

Domicilio: Ciudad / Provincia:

Teléfonos:/..... Sexo: M F

Lugar de trabajo: Dirección:

Ciudad / Provincia: Teléfonos:/.....

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres & Apellidos completos:

Edad: F. N: Ocupación:

Parentesco: Teléfonos:/..... Sexo: M F **MOTIVO DE SOLICITUD**Desempleo: Abandono: Discapacidad: Otros:**Adjuntar documentación del solicitante:****Persona de escasos recursos:**

- Copia de cédula del solicitante y beneficiario
- Certificado de no afiliación al IESS
- Planilla de servicio básico del lugar de residencia
- 1 Referencia personal no familiar

Persona con discapacidad

- Copia de cédula del solicitante y beneficiario
- Copia del Carnet de discapacidad
- Planilla de servicio básico del lugar de residencia

Firma del solicitante

Valor de donación \$ -----

Aprobado por: -----

Porcentaje de donación %------

Lunas Armazón: Usado Nuevo

Fecha de entrega:

Recibido por: