

Bogotá D. C _____ de _____ 20__

**Señores
Comité solidaridad
CANAPRO**

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____ Solicito a ustedes el auxilio del fondo de solidaridad como socio(a) de CANAPRO por motivo de: (Marque con una X)

1	Nacimiento de Hijo	2	Fallecimiento de Hijo	3	Fallecimiento de Cónyuge	4	fallecimiento de padres	5	Incapacidad Médica	6	sanción o destitución del asociado	7	calamidad domestica
8	casos especial												

Nota: El auxilio por incapacidad médica del asociado se otorga por una única vez al año y únicamente si la incapacidad afecta la nómina del asociado (incapacidades por enfermedad profesional y/o accidente de trabajo, así como las de docentes pensionados no son susceptibles de auxilio).

Anexo la siguiente información:

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

Del Reglamento del fondo de solidaridad:

PARÁGRAFO 1º. El Asociado para tener derecho a recibir un auxilio de solidaridad debe tener un mínimo de doce (12) meses de antigüedad como afiliado a la cooperativa y (12) aportes como mínimo al momento de ocurrido el hecho objeto de la solidaridad.

PARÁGRAFO 2º. Para tener derecho a cualquier auxilio de solidaridad, el Asociado(a) debe encontrarse al corriente con el cumplimiento de todas sus obligaciones para con la Cooperativa, en la fecha de la solicitud y en la fecha de retiro de dicho auxilio.

PARÁGRAFO 3º. Para todos los casos si el Asociado(a) no cumpliera con los requisitos indicados en los parágrafos 1 y 2 del presente Artículo, el auxilio será negado automáticamente.

NOTA:

Para los casos de fallecimiento de Padres, hijos y cónyuge el asociado dispone de (90) días a partir del siguiente día de ocurrido el evento.

Fallecimiento de asociado se dispone de (6) meses para la solicitud de devolución de aportes y auxilios.

Para auxilios por nacimiento se dispone de (90) días a partir de la fecha de nacimiento.

Por incapacidad médica se dispone de (90) días a partir de la fecha de terminación de la incapacidad.

Atentamente.

_____ No. Cuenta de Ahorros: _____

Favor anexar la siguiente información para notificación:

Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Revisó Dpto. Mutual y Solidario

V.B Comité de Solidaridad