

FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA
FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE LENTES

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Bienestar social en su artículo 39, del Fondo de Empleados de FONALIANZA, determina qué:

El Auxilio de lentes asignado, será utilizado para atender únicamente situaciones oftalmológicas de los Asociados. Se entiende por situación oftalmológica tales como compra y reemplazo de lentes para gafas bajo prescripción médica con vigencia máxima de un mes de expedición; compra y reemplazo de lentes de contacto bajo prescripción médica con vigencia máxima de un mes de expedición.

El asociado deberá presentar la factura de compra a su nombre o del beneficiario. En ningún caso se tramitará el auxilio para compra de lentes cosméticos o de sol, entre otros según criterio del comité de bienestar.

El auxilio corresponde a un 15% de un SMLV para los asociados y un 10% para los beneficiarios de los asociados, sobre el valor de los lentes, no de la montura (en caso de que el valor del lente sea menor a lo estipulado solo se cubre el valor del lente). Cabe resaltar que, el auxilio aplica una vez al año ya sea para el asociado o para uno de sus beneficiarios (no ambos).

Asociados solteros	Padre, madre o hermanos menores de 18 años y que dependan económicamente del asociado (bajo certificación juramentada)			
Asociados solteros con hijos	Hijos hasta los 18 años o hasta los 25 años siempre y cuando dependa económicamente del asociado y se encuentren estudiando y pueda certificarse por la institución educativa.			
Asociados con cónyuge e hijos	Cónyuge (Registro civil de matrimonio o declaración de convivencia) o hijos hasta los 18 años o hasta los 25 años siempre y cuando dependa económicamente del asociado y se encuentren estudiando y pueda certificarse por la institución educativa.			
Fecha de la solicitud:	DIA/MES/AÑO			
DATOS DEL ASOCIADO	Nombre y apellidos			
	Cédula			
	Teléfono			
	Correo electrónico			
	Empresa			
	No de cuenta			
	Seleccione el tipo de cuenta	Ahorros	<input type="checkbox"/>	Corriente
	Entidad bancaria			
	Ciudad			

En el caso de solicitar el auxilio para una persona de su grupo familiar según tabla anterior, deberá diligenciar la siguiente información:

DATOS DEL BENEFICIARIO	Nombre y apellidos:	
	Documento de Identidad:	
	Parentesco:	

Por favor marque los documentos que anexa, como soporte de la solicitud:

Factura de compra:	Prescripción médica:	Otro: <input type="checkbox"/>	Cual?
--------------------	----------------------	--------------------------------	-------

La solicitud debe ser enviada a Fonalianza a través de CAVA, en la categoría Fonalianza, solicitudes Fondo de solidaridad y salud. En el caso de no tener acceso a este aplicativo puede remitir su solicitud al correo: hellen.isao@fonalianza.co contactarnos al PBX (6) 3131110 – 3009124099 opción 2 o escríbenos al WhatsApp 3173714024, área de bienestar y convenios.

FIRMA DEL ASOCIADO

CEDULA

CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES

- La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FONALIANZA.
- El comité de control social verificará y cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta, cancelará automáticamente el trámite de la presente solicitud y constituye falta grave de acuerdo al Estatuto de FONALIANZA.
- La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los 30 días siguientes a la compra de los lentes.
- La solicitud debe ir acompañada de la respectiva documentación, según el caso, y será aprobada o rechazada por el Comité de Bienestar.
- La antigüedad del asociado solicitante debe ser superior a 6 meses al momento de la solicitud.
- Ninguna solicitud será considerada si el asociado no tiene la antigüedad establecida en el numeral anterior.
- El Comité de bienestar tiene hasta 3 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

Estudio y Aprobación (Para uso exclusivo de FONALIANZA)			
Aprobado: <input type="checkbox"/>	Negado: <input type="checkbox"/>	Aplazado: <input type="checkbox"/>	Acta N°: <input type="text"/>