

**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.

Cada Asociado tiene derecho a recibir el auxilio de lentes por un valor máximo del 15% SMMLV para Asociados y 10% SMMLV para beneficiarios por año.

Podrá beneficiar a las siguientes personas de su grupo familiar:

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	<input type="checkbox"/>
	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: neisa.isao@fonalianza.co contactarnos al PBX (606) 3131110 – 3009124099 opción 2 o escríbenos al WhatsApp 3173714024, Área de Bienestar y Convenios.

FIRMA DEL ASOCIADO

CÉDULA

CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FONALIANZA.
2. 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.
3. La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los 15 días siguientes a la compra de los lentes.
4. La solicitud debe ir acompañada de la respectiva documentación, según el caso, y será aprobada o rechazada por el Comité de Bienestar.
5. La antigüedad del asociado solicitante debe ser superior a 6 meses al momento de la solicitud.
6. Ninguna solicitud será considerada si el asociado no tiene la antigüedad establecida en el numeral anterior.
7. 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°:	