



SECASFPI



Sindicato de Empleados de la Ex Caja de Subsidios Familiares para el Personal de la Industria
 Carlos Calvo 1425 - Capital Federal C.P: (C1102ABC) Tel/Fax: (011) 4304-0033 (líneas rotativas)
 Web: www.secasfpi.org.ar / e-mail: secasfpi@secasfpi.org.ar

SOLICITUD DE AYUDA ESCOLAR 2017

NIVEL INICIAL	
E.G.B / PRIMARIO	

POLIMODAL / SECUNDARIO	
UNIVERSITARIO / TERCIARIO (*)	

DATOS DEL AFILIADO

Número de Legajo:	Cuil:
Apellido y Nombre:	
Sede/U.D.A.I:	
Teléfono Laboral:	
Número de C.B.U (22 dígitos):	

DATOS DE LOS MENORES QUE GENERAN EL SUBSIDIO

Apellido y Nombre	Nº Documento	Fecha de Nac.	Edad	Discapacitado	Etapas Escolares	Grado / Año
		/ /		SI / NO		
		/ /		SI / NO		
		/ /		SI / NO		
		/ /		SI / NO		
		/ /		SI / NO		

DATOS DEL AFILIADO QUE CURSA ESTUDIOS TERCARIOS O UNIVERSITARIOS

CARRERA CURSADA	AÑO DE INICIO DE LA CARRERA	AÑO QUE SE ENCUENTRA CURSANDO

Los datos consignados en el presente formulario, son fidedignos y revisten el carácter de declaración jurada. Declaro también tener conocimiento y cumplir con los requisitos y condiciones para el cobro del presente subsidio, caso contrario, autorizo a **SECASFPI** a descontar de mis haberes, el importe mal percibido en concepto de cobro del subsidio.

- 1- Antigüedad Mínima como afiliado para acceder al beneficio: 6 meses
- 2- Fotocopia de la constancia de alumno regular (de inicio del ciclo lectivo) u el original del informe emitido por el establecimiento en el cual el Afiliado se encuentre cursando la carrera, donde conste año de cursada y los años de duración de la misma (Subsidio por Ayuda Escolar Anual Terciaria - Universitaria).

El plazo para la presentación de la solicitud y la documentación correspondiente será de 45 días desde la fecha de comienzo del año lectivo correspondiente a la zona de residencia del afiliado solicitante, vencido dicho plazo se perderá automáticamente el derecho de su percepción.

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA

USO EXCLUSIVO DEL SECASFPI

MESA DE ENTRADA

BASE DE DATOS

INGRESADO POR

FECHA / /

FECHA AFIL. / /

AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL

No Autorizado

Autorización de pago a Secretaría de Finanzas

Cantidad de ayudas escolares Preescolares / Primarias \$.....

Cantidad de ayudas Secundarias \$.....

Cantidad de ayudas Terciarias / Universitarias \$.....

.....

LUGAR Y FECHA

.....

FIRMA

SECRETARÍA DE FINANZAS

Monto a abonar \$.....Pesos

Transferencia

Otra forma de pago

.....

LUGAR Y FECHA

.....

FIRMA

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....