



SOLICITUD DE SUBSIDIO FAMILIAR



Fecha: ___ / ___ / ____

Tipo de vinculación

Comisionado

Permanente

Nombres:		Apellidos:	
C.I. N°:		N° Teléfono:	
Dependencia:		Sede / Ciudad:	

TIPO DE SUBSIDIO SOLICITADO. (Marcar solo una de las opciones de subsidio)

Marcar con X según corresponda	Tipo de beneficio	Monto de beneficio	Documento a adjuntar
	Nacimiento	Gs. 1.000.000	Certificado de Nacimiento original
	Matrimonio	Gs. 1.000.000	Certificado de Matrimonio original
	Gastos Médicos	Defensores Públicos: 10% del monto total de los gastos realizados, hasta un máximo de Gs. 10.000.000 Funcionarios: 20% del monto total de los gastos realizados, hasta un máximo de Gs. 10.000.000	Certificado Médico original / Facturas originales o autenticadas
	Fallecimiento	Gs. 1.000.000	Certificado de Defunción / Matrimonio / Nacimiento originales

Obs.: En todos los casos agregar una fotocopia simple de cedula de identidad del funcionario solicitante

FIRMA FUNCIONARIO/A

A SER COMPLETADO POR LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO / DPTO. BIENESTAR DEL PERSONAL			
Tipo de vinculación funcionario		Comisionado	Permanente
Fecha de nombramiento:		Antigüedad:	
Cargo actual:		Categoría:	
Remuneración:		C.I. N°:	
Presentó los documentos correspondientes s/ solicitud		Si ___	No ___
Evaluación de documentaciones de los motivos de la solicitud			
Presentó la solicitud dentro de los 30 días de ocurrido el hecho		Si ___	No ___
Corresponde otorgar lo solicitado		Si ___	No ___
Observaciones			

A la D.G.A.F. para su consideración.

FIRMA D.G.T.H.