

SOLICITUD POR EL PROGRAMA DE AYUDA SOCIAL

_____, ____ de _____ del 202__
(Ciudad) (día) (mes)

Señor Doctor

BENJAMÍN ARTURO LINO RODRIGUEZ

Director del Fondo de Bienestar Social del Médico - FOSEMED

Presente.-

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y la vez solicitarle apoyo correspondiente al Programa de Ayuda Social: **(Marque con X)**

<input type="checkbox"/>	Gestión y acompañamiento en trámites sociales: Apoyo en la orientación, seguimiento y coordinación de trámites relacionados con programas sociales del SIS y EsSalud.
<input type="checkbox"/>	Apoyo económico solidario: Entrega de un fondo económico previa evaluación socioeconómica.
<input type="checkbox"/>	Coordinación con hospitales e instituciones médicas: Gestión de referencias médicas, interconsultas, traslados o coordinación de atención prioritaria con hospitales públicos.
<input type="checkbox"/>	Coordinación que facilite la obtención de medicamentos, insumos médicos o dispositivos

Motivo de la solicitud:

Adjunto a la presente los siguientes **documentos escaneados originales y actualizados (máximo 3 meses de antigüedad):**

- DNI actual del médico titular (ambos lados)*
- Croquis de ubicación de la vivienda del médico titular (Adjuntar recibo de agua o luz)*
- Informe médico actualizado en caso de solicitar apoyo relacionado a la salud.
- Recibos, boletas o comprobantes de gastos o trámites relacionados con la solicitud.
- Documentos complementarios que respalden adecuadamente la necesidad expuesta.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

(Nombres y apellidos del médico titular o solicitante)

(DNI)

(Firma del médico titular o solicitante)

Datos personales del médico titular:

N° de CMP: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Banco: _____ N° de Cuenta: _____

Código Interbancario (CCI): _____

**Documentos obligatorios*