

SOLICITUD UNICA DE AYUDAS Y PRESTAMOS N° _____/

Yo, _____, R.U.T. N° _____ - _____, grado _____, asociado(a) ubicado (a) en **D.R** _____, Unidad _____, Monto Disponible Para Descuentos Voluntarios \$ _____ (**Registrar diferencia entre Tope 15% menos Descuentos vigentes**), solicito de esta Asociación, el siguiente beneficio que establece el **FONDO DE AYUDA GREMIAL (F.A.G)**, Art. 5° del Reglamento:

Para depositar en Cta. Cte. () Cta. Vista () Cta. Ahorro () (**marque con X lo que corresponda**)

N° _____ Banco _____ E-mail _____ Celular _____

1.- AYUDAS Y PRÉSTAMOS SIN CODEUDORES: (marque con X lo que corresponda)

() AYUDA CUOTA MORTUORIA Parentesco: _____ Nombre Causante: _____ (Art. 5 letra a)

() AYUDA ASISTENCIAL Y SOLIDARIA (Art. 5 letra b)

() AYUDA ASISTENCIAL POR NACIMIENTO DE HIJOS (Art. 6 letra e)

() AYUDA EDUCACIONAL 2 UTM

() AYUDA DEFENSA DE LOS ASOCIADOS (Art. 4 Reglamento Defensa de los Asociados)

2.- PRÉSTAMOS CON CODEUDORES: (marque con X lo que corresponda)

() PCS - PRESTAMO CALIFICADO DE SALUD: U.T.M. _____ Cuotas _____ (máximo 20 UTM y 10 cuotas) (Art. 5 letra c)

() PCE - PRESTAMO CALIFICADO DE ESTUDIOS: U.T.M. _____ Cuotas _____ (máximo 20 UTM y 10 cuotas) (Art. 5 letra c)

() PLD - PRESTAMO LIBRE DISPONIBILIDAD: U.T.M. _____ Cuotas _____ (máximo 20 UTM y 10 cuotas) (Art. 5 letra d)

() PCV - PRESTAMO CALIFICADO DE VIVIENDA: U.T.M. _____ Cuotas _____ (máximo 40 UTM y 20 cuotas por una vez) (Art. 5 letra c)

() PCV2 - PRESTAMO CALIFICADO DE VIVIENDA: U.T.M. _____ Cuotas _____ (máximo 24 UTM y 12 cuotas por una vez) (Art. 5 letra c)

() PLV - PRESTAMO LIBRE DE VIVIENDA: U.T.M. _____ Cuotas _____ (máximo 60 UTM y 30 cuotas) (Art. 5 letra c)

_____, _____ de _____ de 20 _____

FIRMA ASOCIADO

CODEUDORES SOLIDARIOS

NOMBRE: _____ GRADO: _____

R.U.T _____ - _____ Ubicación: _____ FIRMA: _____

NOMBRE: _____ GRADO: _____

R.U.T _____ - _____ Ubicación: _____ FIRMA: _____

CON LA FIRMA DE LA SOLICITUD, SE AUTORIZA **AFIICH**, A EFECTUAR LOS DESCUENTOS POR LA DEUDA CONTRAIDA, EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA, HASTA SU TOTAL CANCELACION, Y DE LA CUAL SE HACEN CODEUDORES Y CONTRAEN IGUAL OBLIGACION LOS SOCIOS DE AFIICH QUE FIRMAN LA SOLICITUD.

FIRMA RESPONSABLE

V° B° PRESIDENTE O DELEGADO REGIONAL

Nombre: _____

USO INTERNO

Fecha Recepción _____ Aprobada / Rechazada _____

Ayuda Anterior

SI / NO Fecha _____ Monto anual acumulado U.T.M. _____ Monto aprobado AYUDA \$ _____ U.T.M. _____

PRESTAMO \$ _____ U.T.M. _____ Cuotas _____ Valor cuota U.T.M. _____ Período Descuento: Desde _____/_____/_____ Hasta _____/_____/_____

Mandato Vigente SI () NO () Tope 15% SI () NO () Deuda Vigente SI () NO ()

FIRMA DIRECTOR NACIONAL
 RESPONSABLE F.A.G.