



ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FUERZA AÉREA "AMECFA"

Av. Nueva Tomás Marsano N° 1583 - 1585 - Surquillo
Telefax: 449-0287 - Telfs.: 260-8014 / RPM #374377
www.amecfa.org

Sello y Fecha de Recp.

No

AUXILIO MUTUAL DE PRESTAMO (Art. 105 Inc. C Estatuto AMECFA)

Registro de Ingreso

DEL ASOCIADO

Llenar los casilleros a Máquina o letras de imprenta y marcar con una X lo que corresponda.

Grado	N.S.A.	A p e l l i d o s y N o m b r e s	Unidad

Tiempo de Servicio al Estado Fecha Ingreso AMECFA Domicilio

Años Mes: Año:

Distrito Teléfono Casa Trabajo

Importe del Auxilio Solicitado S/. Letras

Justificación de la Solicitud de Auxilio:

Lugar:.....

Fecha:/...../.....

Firma del Solicitante

D.N.I. _____

Huella Digital

GARANTES: SOCIOS AMECFA

Los que suscribimos, garantizamos solidaria y mancomunadamente al socio solicitante, siendo responsables de la suma que adeude del Auxilio Mutual que se conceda en caso de incumplimiento o morosidad por más de tres (3) meses, autorizamos a AMECFA ejecutar el cobro respectivo.

Grado	N.S.A.	A p e l l i d o s y N o m b r e s	Fecha Ingreso AMECFA	Unidad

Lugar y Fecha

Firma 1er. Garante

D.N.I. _____

Huella Digital

Firma 2do. Garante

D.N.I. _____

Huella Digital

INFORME DE FILIALES REGIONALES

Para los socios de las Unidades y Dependencias FAP fuera de Lima / Callao, habiéndose revisado los requisitos y comprobado las necesidades del socio solicitante se corre trámite a la Sede Central para los fines del caso.

Observaciones:

Lugar y Fecha

Sello y Firma del Repres. de Filial

Sello y Firma del Encargado(a) de Ctas. Ctes

DICTAMEN DE LA COMISION DE AUXILIOS MUTUALES

APROBADO	<input type="checkbox"/>	Por el importe de	
DENEGADO	<input type="checkbox"/>	Descontable en	(en letras) Mensualidades, desde el mes de del 20 con
		El % de Interés Fijo Mensual	

Observaciones:

Fecha:/...../.....

Firma de los Miembros de la Comisión de Auxilio

Firma de los Miembros de la Comisión de Auxilio



ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FUERZA AÉREA "AMECFA"

Av. Nueva Tomás Marsano N° 1583 - 1585 - Surquillo - Telefax: 449-0287 - Telfs.: 260-8014 / RPM #374377
www.amecfa.org

Señor
Presidente del Consejo Directivo de AMECFA

Presente.-

S.P.

1.- YO, _____

(Apellidos y Nombres)

CON GRADO _____ N.S.A. _____ D.N.I. _____ DOMICILIADO EN

(AV. / JR. / CALLE / URBANIZACION)

DISTRITO

PROVINCIA

TELEFONO

LLENAR SOLO EN CASO DE NO SER TITULAR:

2.- EN MI CONDICIÓN DE: APODERADO CONYUGE PADRE HIJO

DEL ASOCIADO _____ N.S.A. _____ D.N.I. _____

DOMICILIADO EN _____

(Av./Jr./Calle)

(Urbanización)

(Distrito)

(Provincia)

Teléfono

3.- Ante usted respetuosamente me dirijo y solicito:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APERTURA DE CARTA DECLARATORIA | <input type="checkbox"/> AUX. MUTUAL POR FALLECIMIENTO HIJO |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO ASOCIADO | <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR CESANTIA |
| <input type="checkbox"/> ADELANTO 50% AUXILIO POR FALLECIMIENTO ASOCIADO | <input type="checkbox"/> APOYO ECONOMICO - FONDO DE SALUD |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO CONYUGUE | <input type="checkbox"/> INCREMENTO DE APORTES AL FOSAP |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO DE PADRE | <input type="checkbox"/> REFINANCIAMIENTO DE PRESTAMO |
| <input type="checkbox"/> AUXILIO MUTUAL POR FALLECIMIENTO DE MADRE | <input type="checkbox"/> OTROS |

Justificación: _____

4.- Para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO SOCIO | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DEFUNCION |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE NACIMIENTO HIJO | <input type="checkbox"/> RESOLUCION DE CESE DE LA FAP |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE MATRIMONIO | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE SOLTERIA (Hijo de 10 a 18 Años) |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION SOCIO | <input type="checkbox"/> ESTADO DE CUENTA |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION CONYUGUE | <input type="checkbox"/> BOLETA DE PAGO FAP |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION PADRE | <input type="checkbox"/> COMPROMISO PARA NO SOLICITAR PRESTAMO |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION MADRE | <input type="checkbox"/> INFORME DE MEDICO Y/O ASISTENCIA SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> PARTIDA DE DEFUNCION HIJO | <input type="checkbox"/> OTROS |

5.- Declaro bajo juramento que los documentos que adjunto son verdaderos, en caso contrario me someto a las normas legales vigentes.

Lima, _____ de _____ del 20 ____

HUELLA DIGITAL

Firma: _____

D.N.I. N° _____