



## FICHA SOCIAL MINORIDAD

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

### **SEÑOR DIRECTOR DEL SERVICIO DE TUTELA SOCIAL DE LAS FF.AA.**

**Apoyo a ser Solicitado:** (Detallar) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

### **TITULAR:**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_.

Teléfono: \_\_\_\_\_. Email: \_\_\_\_\_.

Celular: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_.

### **BENEFICIARIO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_.

Domicilio: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_. (En caso de estar declarado judicialmente incapaz adjuntar resolución Judicial)

**NÚCLEO FAMILIAR: (incluir a todos)**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD

**Deberá adjuntarse:**

- Recibo de sueldo del titular aportante.
- Recibo de sueldo del otro padre o madre del niño.
- Pensión por discapacidad del BPS en caso que así sea.

FIRMA:

CONTRAFIRMA: