



## FICHA SOCIAL APOYO A LA SALUD

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

### APOYO A SER SOLICITADO:

---

---

---

---

### DATOS DEL TITULAR:

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

Número de Contacto: \_\_\_\_\_.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_.

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

### DATOS DEL BENEFICIARIO *(en caso que corresponda):*

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

Edad: \_\_\_\_\_. *(en caso de estar Declarado Judicialmente Incapaz adjuntar Resolución Judicial)*

### DATOS BANCARIOS *(obligatorio):*

Banco: \_\_\_\_\_.

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_.

Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_.

**NÚCLEO FAMILIAR:**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD

**FIRMA DEL TITULAR:** \_\_\_\_\_

**CONTRAFIRMA:** \_\_\_\_\_