

	Formulario	FO 06	V2
	CONSTANCIA SITUACION SOCIOECONOMICA	Pagina 1 de 1	
		CENTRO NACIONAL DE AFILIACIONES	

Ciudad: _____ Fecha: _____

El presente formulario será completado solo en aquellos casos en que el/la o los/las solicitantes no tengan actividad laboral formal.

A) Datos del Solicitante

Nombres: _____

Apellidos: _____ Documento de identidad: _____

Hago constar ante la Administración de Servicios de Salud del Estado que los datos que brindo a continuación son reales

B) Realiza tareas remuneradas

En forma mensual percibe un total de:

No realiza tareas remuneradas

1. Usted vive de ahorros

Cuánto gasta por mes?

2. Usted percibe ayuda

Marque con una "X" que tipo de ayuda percibe:

Vivienda? SI: NO:

Ayuda alimenticia? SI: NO:

Ayuda económica? SI: NO: Cuánto? \$ /Mes

FIRMA

ACLARACION

TELEFONO



Instructivo de llenado

A) Datos del Solicitante: Estos campos se deberán llenar con los datos personales del interesado en realizar el trámite de afiliación.

B) Realiza tareas Remuneradas: En aquellos casos en que el solicitante realice algún tipo de tarea remunerada (cobre dinero por la tarea realizada) se completara este campo indicando cuánto dinero percibe en forma mensual, o de lo contrario lo dejara en blanco.

C) No realiza tareas Remuneradas: En el caso de no realizar ningún tipo de tarea remunerada deberá llenar este campo

Este punto está orientado para aquellas personas que viven de ahorros, se tomara en cuenta el monto de gastos realizados en forma mensual.

En aquellos casos en que se perciba algún tipo de ayuda de los detallados en el formulario se deberá indicar cuál. Cuando hablamos de ayuda económica se registra el monto.

La información relevada en el presente formulario es utilizada exclusivamente para cumplir con los requisitos necesarios para la conformación de la Declaración Jurada de solicitud de afiliación.