



**ARMADA BOLIVARIANA
CAJA DE AHORRO Y BIENESTAR SOCIAL DEL
PERSONAL DE LA ARMADA
(CABISOAR)**

PLANILLA DE SOLICITUD DE AYUDA DEL PASA

N° _____

DATOS DEL SOLICITANTE										
SOLICITUD PARA:	ASOCIADO		PADRE		MADRE		ESPOSA		HIJO	
SITUACIÓN:	ACTIVO		RESERVA		FECHA	DIA	MES		AÑO	
GDO/JQUÍA:	C.I.V:		TELÉFONO ASOCIADO:							
NOMBRES Y APELLIDOS:										
DIRECCIÓN HAB:										
UNIDAD DONDE LABORA:										
NOMBRE CMDT DE UNIDAD:					TELÉFONO CMDT:					
TIPO SOLICITUD :	CONSULTA MÉDICA		LABORATORIO		FARMACIA	ODONTOLÓGIA		RX		OTROS
MOTIVO DE LA SOLICITUD:										
LLENAR SOLO SI EL FAMILIAR HACE USO DE LA AYUDA										
NOMBRE Y APELLIDO:			C.I.V-			TELÉFONO CELULAR				
DATOS DEL MÉDICO/CLINICA O ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO MÉDICO U ODONTOLÓGICO										
NOMBRE MEDICO:						ESPECIALIDAD:				
CLINICA O ENTIDAD:						TELÉFONO:				
DIRECCIÓN:										
DATOS BANCARIOS DE LA CLINICA O ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO MÉDICO U ODONTOLÓGICO										
BANCO:					NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA:					
NUMERO DE CUENTA DE LA CLINICA:										
FIRMA DEL ASOCIADO					DOCUMENTOS A CONSIGNAR (ESCANEADOS)					
					CARNET MILITAR Y C.I DEL ASOCIADO					
					C.I Y CARNET IPSFA DEL FAMILIAR					
					INFORME MEDICO/RECIPE/ORDEN DE LABORAT					
					PRESUPUESTO (DEBE TENER CERTIFICACIÓN BANCARIA Y RIF)					

SOLO PARA USO DE LA CABISOAR			
FECHA RECEPCIÓN:		NOMBRE DEL ANALISTA	
APROBADO		DIFERIDO	RECHAZADO
MONTO SOLICITADO (BS/\$):		MONTO APROBADO (BS/\$):	
FIRMA ANALISTA	REVISADO POR:		APROBADO POR:
	TESORERA CABISOAR	VICECABISOAR	PRECABISOAR