



Educadores Puertorriqueños en Acción, Inc.

P.O. Box 1139

Mayagüez, PR 00681-1139

Tel. (787) 833-2942



SOLICITUD DE PROTECCION MUTUA

I. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS:	SEGURO SOCIAL:
DIRECCION POSTAL:	TELEFONO RESIDENCIAL O CELULAR:
ESCUELA U OFICINA DONDE TRABAJA:	TELEFONO DEL TRABAJO:
PUESTO QUE OCUPA:	DISTRITO ESCOLAR:

II. RAZON PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS: (MARQUE X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ENFERMEDAD DEL SOCIO | <input type="checkbox"/> 4. MUERTE DEL SOCIO |
| <input type="checkbox"/> 2. HOSPITALIZACION | <input type="checkbox"/> 5. MUERTE DEL JEFE PROVEEDOR |
| <input type="checkbox"/> 3. REPORTADO AL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO | <input type="checkbox"/> 6. AYUDA ESPECIAL |

III. CERTIFICACION DE AUSENCIA DEL EMPLEO:

(CUMPLIMENTE ESTA PARTE SOLO SI HA MARCADO EL NUMERO 1, 2 O 3)

CERTIFICO QUE _____ ESTUVO AUSENTE DESDE EL DIA
 _____ DE _____ HASTA EL DIA _____ DE _____ DE _____.

FIRMA DEL SUPERVISOR INMEDIATO

SELLO OFICIAL

IV. DOCUMENTOS ADJUNTO A LA SOLICITUD: (MARQUE X)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> CERTIFICADO MEDICO | <input type="radio"/> ACTA DE DEFUNCION |
| <input type="radio"/> EVIDENCIA HOSPITALIZACION | <input type="radio"/> OTRO: _____ |
| <input type="radio"/> DOCUMENTO FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO | |

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA (FAVOR DE NO LLENAR ESTA PARTE)

OBSERVACIONES: _____

CANTIDAD OTORGADA: _____

FECHA: _____

PERSONA AUTORIZADA: _____