SOLICITUD DE BENEFICIO FAMILIAR

(Por persona Asegurada Directa, o su encargada, en caso de discapacidad severa y permanente)

Fecha de solicitud:

I PARTE: DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA DIRECTA

Nombre completo:	**Primer apellido:**	**Segundo apellido:**
Tipo Identificación: 1 ( ) Cédula 2 ( ) TIM 3 ( ) DIMEX 4 ( ) Pasaporte		**Número de identificación:**

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	**Edad:** _____ años	**Sexo:** 1 ( ) Hombre 2 ( ) Mujer	**Nacionalidad:**

Estado civil o conyugal:

1 ( ) Soltero (a) 3 ( ) Unión de hecho 5 ( ) Viudo(a)

2 ( ) Casado(a) 4 ( ) Divorciado(a) 6 ( ) Separado con pensión alimentaria

Lugar de residencia:

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Ocupación u oficio:

Medio o lugar para notificaciones (indique el de su preferencia):

Teléfono: _____ Correo electrónico 1: _____

Fax: _____ Correo electrónico 2: _____

Dirección exacta: _____

II PARTE: DEPENDIENTES (POSIBLES A BENEFICIAR) POR LA PERSONA ASEGURADA DIRECTA

Número de identificación	**Nombre de la persona dependiente**	**Parentesco o vínculo**					**Condición especial**		**Estudiante mayor de 18 años**
		Cónyuge	**Hijo (a) [1/] Hijastro (a)**	**Compañera (o)**	**Padre/ Madre**	**Hermano (a)**	**Discapacidad**	**Cuidador**	

[1/] En el caso de hijos putativos (hijastros) menores de edad, solo se completará los datos del asegurado directo (Parte I) y parentesco (Parte II), plasmando su firma en la IV parte del formulario.

III PARTE: INGRESOS Y GASTOS DE LA PERSONA ASEGURADA DIRECTA

Monto de ingresos mensuales por:

Ingreso bruto (sin rebajos): **Total** ₡ _____

(Sumar todos los ingresos como salarios, pensión alimentaria, renta, alquiler , ayudas económicas y otros)

Gastos mensuales (indicar monto):

Concepto	**Monto en colones**
Alimentación	
Vivienda o alquiler	
Servicios públicos (*Electricidad, Agua, Gas, Teléfono, Celular, Internet, Cable)*	
Educación	

Concepto	**Monto en colones**
Pensión alimentaria	
Deudas	
Pólizas seguro	
Vehículo/combustible	
Otro, indique:	

Total:	₡

IV PARTE: GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO DIRECTO CUANDO LA PERSONA POSIBLE BENEFICIARIA(O) NO CONVIVE CON ESTE BAJO EL MISMO TECHO

Gastos mensuales (indicar monto):

Concepto	**Monto en colones**
Alimentación	
Vivienda o Alquiler	
Servicios públicos (*Electricidad, Agua, Gas, Teléfono, Celular, Internet, Cable)*	
Educación	

Concepto	**Monto en colones**
Pensión alimentaria	
Deudas	
Pólizas seguro	
Vehículo/combustible	
Otro, indique:	

Total:	₡

Conforme con la declaración jurada firmada con motivo de este trámite, reitero que los datos aquí aportados son veraces y por tanto pueden ser utilizados por la CCSS para actualizar la información aportada para efectos de aseguramiento

_____

Firma de la persona Asegurada Directa
(O huella digital en caso de no poder firmar)

USO EXCLUSIVO DE LA CCSS

(Para ser llenado por el funcionario de la CCSS)

V PARTE: ANÁLISIS DE LA SOLICITUD DE BENEFICIO FAMILIAR

Área de Salud :	**Sector (EBAIS):**
Nombre de funcionario que recibe la solicitud:	**Nombre del funcionario que resuelve:**
Total de Ingresos mensuales: ₡ _____	**Total de Gastos mensuales:** ₡ _____

Observaciones (Indicar sustento normativo de la resolución):

_____

Firma de quien resuelve